

# République de Guinée

Travail-Justice-Solidarité



## Ministère de la Santé

# PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA SANTÉ MATERNELLE, DU NOUVEAU-NE, DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT ET DES JEUNES (SRMNIA) 2016-2020

**Mai 2016**

# Table de Matières

|  |    |
|--|----|
| LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES .....  | 3  |
| INTRODUCTION.....  | 4  |
| I. PROFIL PAYS.....  | 6  |
| 1.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE ET SOCIODEMOGRAPHIQUE DE LA GUINEE .....                     | 6  |
| 1.2. ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE LA GUINEE ET L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE..... | 7  |
| 1.3. CONTEXTE ET ORGANISATION DE LA SRMNIA EN GUINEE .....                               | 10 |
| II. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SRMNIA.....  | 12 |
| 2.1. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE .....   | 12 |
| 2.2. REPONSE NATIONALE EN MATIERE DE SRMNIA .....  | 16 |
| 2.2.1. <i>Gouvernance, coordination et partenariat</i> .....                             | 16 |
| 2.2.2. <i>Suivi et évaluation</i> .....  | 16 |
| 2.2.3. <i>Ressources Humaines de santé (RHS)</i> .....                                   | 17 |
| 2.2.4. <i>Gestion et approvisionnement des stocks des médicaments et intrants</i> .....  | 17 |
| 2.2.5. <i>Soins et services de SRMNIA</i> .....  | 18 |
| 2.2.6. <i>Communication et la mobilisation sociale</i> .....                             | 20 |
| 2.2.7. <i>Réponse communautaire</i> .....  | 20 |
| 2.2.8. <i>Financement du programme</i> .....   | 21 |
| III. PRINCIPAUX PROBLEMES ET DEFIS MAJEURS .....   | 21 |
| 3.1. PRINCIPAUX PROBLEMES .....  | 22 |
| 3.1.1. <i>Problèmes de santé</i> .....   | 22 |
| 3.1.2. <i>Problèmes du système de santé</i> .....  | 22 |
| 3.2. DEFIS ET PRIORITES .....  | 23 |
| 3.3. DOMAINES D' ACTIONS PRIORITAIRES .....  | 23 |
| IV. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2016 - 2020 DE LA SRMNIA .....                             | 24 |
| 4.1. VALEURS ET PRINCIPES .....  | 24 |
| 4.2. BUT ET OBJECTIFS .....  | 25 |
| 4.3. STRATEGIES ET INTERVENTIONS PRIORITAIRES .....                                      | 30 |
| 4.4. CADRE LOGIQUE .....   | 48 |
| V. CADRE DE MISE EN OEUVRE.....  | 70 |
| 5.1. STRUCTURES ET ORGANES DE MISE EN ŒUVRE.....   | 70 |
| 5.2. SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE ET EVALUATION.....  | 71 |
| VI. MESURES D'ACCOMPAGNEMENT .....   | 72 |
| 5.1. MESURES TOUCHANT AUX PERFORMANCES ET A LA CAPACITE DE LA REPONSE .....              | 72 |
| 5.2. MESURES TOUCHANT L'ACCES EQUITABLE AUX SOINS .....                                  | 73 |
| 5.3. MESURES TOUCHANT AUX RESSOURCES HUMAINES, FINANCIERES ET MATERIELLES.....           | 73 |
| 5.4. MESURES TOUCHANT A LA GESTION DU PLAN .....   | 73 |
| VII. ANALYSE DES RISQUES .....   | 74 |
| DOCUMENTS DE REFERENCE.....  | 75 |
| ANNEXES.....   | 76 |

## ACRONYMES, ABREVIATIONS ET SIGLES

|        |  |
|--------|--|
| ARV    | Anti Retro Viral   |
| CPN    | Consultation prénatale   |
| CPoN   | Consultation post natale   |
| DSRP   | Document de Stratégie pour la réduction de la Pauvreté                               |
| EDS    | Enquête Démographique et de Santé  |
| FDR    | Feuille de route   |
| GATPA  | Gestion Active de la Troisième Phase d'Accouchement                                  |
| MICS   | Multiple Indicators Cluster Survey   |
| MIILDA | Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action                         |
| MSR    | Maternité sans risque  |
| NTIC   | Nouvelles Techniques d'Information et de Communication                               |
| NV     | Naissance vivante  |
| ODD    | Objectif du Développement Durable  |
| OMD    | Objectif du Millénaire pour le Développement   |
| OMS    | Organisation Mondiale de la Santé  |
| ONG    | Organisation Non Gouvernementale   |
| PCIMNE | Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant                   |
| PCIGA  | Prise en charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement                        |
| PEC    | Prise en charge  |
| PF     | Planification familiale  |
| PMA    | Paquet Minimum d'Activités   |
| PNDS   | Plan National de Développement Sanitaire   |
| PNS    | Politique Nationale de Santé   |
| PNSR   | Programme National de Santé de la Reproduction                                       |
| PSN    | Plan stratégique national  |
| PTF    | Partenaire Technique et Financier  |
| PTME   | Prévention de la transmission Mère-Enfant  |
| PVVIH  | Personne vivant avec le VIH  |
| RH     | Ressources Humaines  |
| RHS    | Ressources Humaines en Santé   |
| RMMNIJ | Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvenile                  |
| S&E    | Suivi et Evaluation  |
| SIDA   | Syndrome d'Immunodéficience Acquise  |
| SNIS   | Système National d'Information sanitaire   |
| SONU   | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence  |
| SONUB  | Soins Obstétricaux d'Urgence de Base   |
| SONUC  | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets                                   |
| SR     | Santé de la reproduction   |
| SRAJ   | Santé de Reproduction des Adolescents et Jeunes                                      |
| SRMNIA | Santé de la Reproduction / Santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent |
| TAR    | Traitement Anti Rétroviral ou Thérapie Anti Rétrovirale                              |
| TPI    | Traitement préventif intermittent  |
| UE     | Union Européenne   |
| UNFPA  | Fonds des Nations-Unies pour la Population   |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance   |
| VIH    | Virus de l'Immunodéficience Humaine  |

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

| <u>Tableaux</u>    |   | <u>Page</u> |
|--------------------|---|-------------|
| <b>Tableau I :</b> | Niveau de réduction de mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile entre 2005 et 2012            | <b>N°</b>   |
| <u>Figures</u>     |   | <u>Page</u> |
| Figure n°1 :       | La République de Guinée et ses 4 régions naturelles   | <b>N°</b>   |
| Figure n°2 :       | Distribution du personnel de santé par région en 2014 en Guinée   |             |
| Figure n°3 :       | Organigramme de la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition                         |             |
| Figure n°4         | Hiérarchisation selon la pyramide sanitaire des structures administratives et opérationnelles en SRMNIA |             |
| Figure n°5         | Tendance de la mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile vers les cibles FDR et OMD            |             |
| Figure n°6         | Tendance évolutive de la mortalité maternelle vers les cibles FDR et OMD                                |             |
| Figure n°7         | Indice synthétique de fécondité selon les régions et les zones géographiques en 2012                    |             |
| Figure n°8         | Tendance des taux de fécondité par âge au cours des années  |             |

## **INTRODUCTION**

Face aux défis posés par la mortalité maternelle, néonatale et infantile à laquelle elle paie un lourd tribut, la République de Guinée, à l'instar des autres pays africain, avait souscrit aux recommandations de la Conférence Internationale pour la Population et le Développement du Caire en 1994 et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) adoptés en septembre 2000 à New York. En réponse aux recommandations du Forum des Premières Dames organisé à Bamako en 2001, de l'Union Africaine et de l'OMS-AFRO à la résolution AF/RC/54/R9 de la 54<sup>è</sup> session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique tenue à Brazzaville (Congo) en 2004, visant à rendre disponible à tous les niveaux le personnel de santé qualifié pour assister les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, et à renforcer les capacités des individus, des familles et des communautés pour l'amélioration de leur santé, le Ministère de la Santé, en collaboration avec ses partenaires, a élaboré une Feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile (FDR RMMNIJ) pour la période 2006- 2015.

Cette FDR fut révisée en 2012 et remplacée par la FDR RMMNIJ 2012-2015, qui avait pour but d'accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle, néonatale et infanto juvénile en vue de l'atteinte des OMD 4 et 5, à travers :

- i. la réduction en 2015 du taux de la mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de 5 ans) de 163 (EDSIII 2005) à 80 pour 1000 NV ;
- ii. la réduction en 2015 du taux de la mortalité infantile (enfants de moins d'un an) de 91 (EDSIII 2005) à 50 pour 1000 NV ;
- iii. la réduction en 2015 du taux de la mortalité néonatale de 39 pour 1000 (EDSIII 2005) à 25 pour 1000 ;
- iv. la réduction en 2015 du taux de la mortalité maternelle de 980 pour 100.000 NV en 2005 à 580 pour 100.000 NV.

Cette FDR arrivée à terme en 2015, une revue a été réalisée du 14 au 20 mars 2016 qui a permis d'apprécier les résultats atteints, d'identifier les gaps programmatiques, les problèmes prioritaires et les interventions pertinentes permettant l'atteinte des objectifs.

Le présent document concerne le plan stratégique 2016-2020 élaboré à la suite de cette revue, et aligné sur le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015- 2024 et le Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé 2015-2017. Il s'articule autour des 7 points suivants : (i) le profil pays Santé de la Reproduction Maternelle, Néonatale, Infantile et Adolescent/Jeune (SRMNIA), (ii)

l'analyse situationnelle de la SRMNIA, (iii) les principaux problèmes et défis majeurs, (iv) Plan stratégique national 2016-2020 de la SRMNIA, (v) Cadre de mise en œuvre ; (vi) Mesures d'Accompagnement ; (vii) Analyse des risques.

## **PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN**

L'élaboration de ce plan s'est réalisée au terme et à la suite d'une revue des Programmes de Santé de la Reproduction/Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent.

### ***Evaluation des performances du programme***

La revue de performance des Programmes SRMNIA s'est réalisée en ateliers participatifs. Le but était d'évaluer les progrès de la mise en œuvre de la FDR 2012-2015. Le processus de la revue a comporté 3 phases importantes : (i) la phase préparatoire, (ii) la revue documentaire et collecte des données, et (iii) l'atelier de revue.

La méthodologie et les outils utilisés, étaient ceux recommandés par le guide de Revue Intégrée des programmes de santé maternelle néonatale et infantile de l'OMS.

### ***Elaboration du plan***

L'élaboration du plan a connu la participation des cadres provenant des programmes, services et structures du ministère de la santé et des départements ministériels impliqués (jeunesse, action sociale, plan, administration du territoire, université, enseignement supérieur, pré-universitaire, technique et professionnel, économie et finances), les représentants des ONG nationales et internationale, des représentants de la société civile, et des partenaires techniques et financiers.

# I. PROFIL PAYS

## 1.1. Situation géographique et sociodémographique de la Guinée

Figure n°1 : La République de Guinée et ses 4 régions naturelles



La République de Guinée, située en Afrique de l'Ouest entre les 7° et 12° de latitude nord et 8° et 15° de longitude ouest, bordée d'une façade maritime de 300 km sur l'Océan Atlantique, s'étend sur 800 km d'est en ouest et 500 km du nord au sud. Elle est délimitée au nord-ouest par la Guinée Bissau, au nord par le Sénégal et le Mali, à l'est par le Mali et la Côte d'Ivoire, au sud par le Libéria et la Sierra Leone, et à l'ouest par l'Océan Atlantique. Dotée d'un climat de type tropical avec alternance de saison sèche (de novembre à avril) et de saison pluvieuse (de Mai à Octobre), variable selon l'altitude et la région, elle possède l'un des réseaux hydrographiques les plus denses de la sous-région. D'une superficie totale de 245.857 km<sup>2</sup>, la Guinée est divisée en quatre régions naturelles : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée, et la Guinée Forestière.

riable selon l'altitude et la région, elle possède l'un des réseaux hydrographiques les plus denses de la sous-région. D'une superficie totale de 245.857 km<sup>2</sup>, la Guinée est divisée en quatre régions naturelles : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée, et la Guinée Forestière.

### Situation démographique

La population guinéenne est estimée à 10.523.261 habitants<sup>1</sup> dont 52% des femmes, avec une densité d'environ 43 habitants au km<sup>2</sup>. Ces chiffres cachent une inégale répartition de la population sur le territoire, avec 2/3 vivant en zone rurale contre 1/3 en zone urbaine, et plus de la moitié de la population urbaine dans la seule ville de Conakry. Il existe de fortes disparités régionales avec 20,4 % de la population totale en Basse Guinée, 22,9% en Moyenne Guinée, 19,7% en Haute Guinée, 21,7% en Guinée Forestière et 15,3% dans la zone spéciale de Conakry.<sup>2</sup>

Cette population est majoritairement jeune avec 44% âgés de moins de 15 ans<sup>3</sup>, les femmes en âge de procréer 25%, les plus de 65 ans ne représentant que 4% de la population. Avec un indice synthétique de fécondité de 5,1 enfants par femme, la Guinée est l'un des pays à croissance élevée de la région avec un taux d'accroissement naturel de 2,3 % par an. Un taux de fécondité élevé est observé aux jeunes âges, avec 146 ‰ à 15-19 ans, augmentant rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum de 224 ‰ à 25-29 ans et se maintenant à un niveau relativement élevé jusqu'à

<sup>1</sup>3è RGPH 2014 Guinée

<sup>2</sup>Ministère du Plan, Bulletin de Population et Développement, 2012

<sup>3</sup>Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples en Guinée 2012

30-34 ans où le taux se situe encore à 198 ‰. Le taux brut de natalité était de 34‰ en 2012, avec des taux de mortalité adulte de 4,9 décès pour 1.000 chez les femmes et 4,7 chez les hommes.

### **Situation socio-économique**

La Guinée, avec un produit brut par habitant (PIB) de 410 US\$ en 2008 et 55,2% de sa population vivant en dessous du seuil de pauvreté en 2012<sup>4</sup>, fait partie des pays à faible revenu. Son indice de développement humain (IDH) faible, est passé de 0,391 en 2012 à 0,392 en 2013, ce qui classe le pays au 179<sup>e</sup> rang sur 188. L'espérance de vie est de 56,1 ans.<sup>5</sup>

Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le budget national, est en baisse depuis plusieurs années. Les dépenses exécutées en faveur des secteurs de la santé et de l'éducation sont passées de 18,9% du budget total en 2010 à 13,5% en 2011 et 10,2% en 2012. La part de la santé a représenté 2,4% du budget total en moyenne sur la période 2010-2012, affectant fortement la qualité et l'offre de soins de santé.<sup>6</sup> Le Taux Brut de Scolarisation au primaire (TBS), en hausse, est passé de 78,3% en 2009/2010 à 81% en 2012, et celui des filles de 70,1% à 73,5% dans la même période.<sup>7</sup> Le taux brut d'achèvement est de 44% pour les filles et 56% pour les garçons, avec un taux brut d'abandon au primaire de 8% en moyenne (13% pour les filles et 6% pour les garçons). Selon l'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP) de 2008, le taux d'alphabétisation est de 34,5% avec une disparité remarquable entre les hommes (49,9%) et les femmes (21,5%).<sup>8</sup>

## **1.2. Organisation administrative de la Guinée et l'organisation du système de santé**

Sur le plan administratif, la Guinée, subdivisée en huit (8) régions administratives dont la capitale Conakry avec un statut de collectivité décentralisée, compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 304 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1615 districts ruraux.

Sur le plan sanitaire, le pays est structuré en 8 régions sanitaires et 38 districts sanitaires. L'organisation et le fonctionnement du Ministère de la Santé sont régis par le Décret n° D/2011/061/PRG/SGG du 2 mars 2011. Ce ministère compte parmi ses structures, la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN) en charge de la SRMNIA.

Le système de santé est de type pyramidal à trois niveaux avec des services centraux et des services déconcentrés.

<sup>4</sup>Ministère du Plan, 'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP), 2012

<sup>5</sup> PNUD, Rapport Mondial sur le développement humain 2014,

<sup>6</sup>DSRP III Guinée, 2012

<sup>7</sup>Ministère du Plan, Bulletin de Population et Développement, 2012

<sup>8</sup>Ministère du Plan, Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP), 2008

- Le niveau central, est constitué par le cabinet du ministre de la santé, le Secrétariat Général de la Santé, les directions centrales, et les structures sous tutelle. C'est le niveau stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources.
- Le niveau intermédiaire ou régional, représenté par les 8 régions sanitaires, relevant du Secrétariat Général à la Santé, administrées chacune par un directeur régional de la santé et son équipe cadre, joue un rôle d'appui technique aux districts sanitaires dans la transmission des informations, l'adaptation des normes nationales aux conditions locales, et la supervision.
- Le niveau périphérique, représenté par les 38 districts sanitaires, unités opérationnelles de planification et de mise en œuvre des plans, administrés chacun par un directeur préfectoral/com-munal de la santé et son équipe cadre de district. Il coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités des programmes de santé dans les formations sanitaires de la zone de responsabilité en application des directives régionales et nationales.

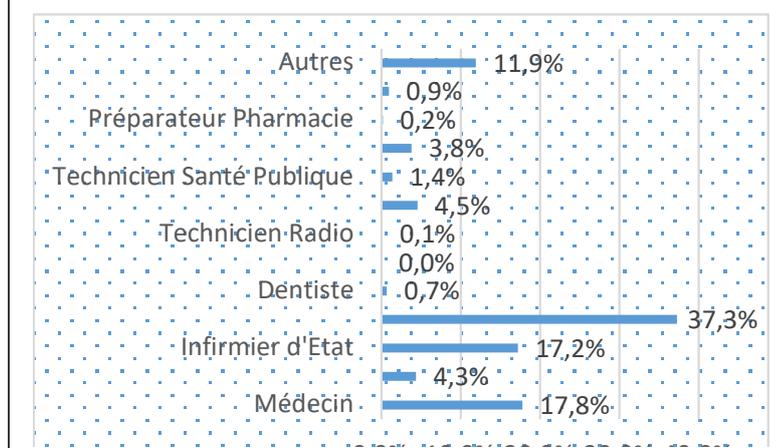
L'organisation fonctionnelle du système de santé ou l'offre des soins, repose sur les structures opérationnelles que constituent les formations sanitaires, réparties selon leur statut juridique en 4 sous-secteurs (public, parapublic, privé et communautaire), ainsi que selon leur paquet d'activités par niveau et par type.

- Le sous-secteur public, dispose de :
  - Au niveau central : 3 hôpitaux nationaux (Donka, Ignace Deen et Kipé) dont les 2 premiers constituent le CHU de Conakry ;
  - Au niveau intermédiaire : 7 hôpitaux régionaux ;
  - Au niveau périphérique ou opérationnel : 26 hôpitaux préfectoraux, 7 centres médicaux de commune (CMC) dont 5 à Conakry, 410 centres de santé et 925 postes de santé.
- Le sous-secteur parapublic dispose de trois hôpitaux d'entreprises minières (CBG, Friguia, SAG), huit dispensaires (SMD, CBK, Rio Tinto, CBG Conakry, CBG Sangarédi, Kiniéro, GAC et Débélé) et agricole (SOGUIPAH).
- Le sous-secteur privé, est constitué du privé lucratif et du privé non lucratif (ONG et confessions religieuses). Le secteur privé médical compte 10 polycliniques, 25 cliniques, 3 hôpitaux d'entreprise, 254 cabinets de consultation, 18 cabinets dentaires, 15 cabinets de sage-femme, 148 cabinets de soins infirmiers et 5 centres de santé associatifs ou confessionnels.
- Le sous-secteur communautaire est constitué de services à base communautaire (SBC) avec des agents de santé communautaires (ASC) et les prestataires de la médecine traditionnelle.

<sup>9</sup>Plan de développement des Ressources Humaines de santé, 2013

## Ressources Humaines de santé (RHS)

Figure n°2: Distribution du personnel de santé par région en 2014 en Guinée



Selon le recensement biométrique des RHS des secteurs public et privé de 2014, l'effectif des agents de santé s'élève à 11.527 personnes, dont 51 % de femmes et 49% d'hommes. Ce personnel, inégalement réparti sur le territoire national avec 55,2 % à Conakry, souffre d'un vieillissement alarmant avec plus de la moitié (65%) âgé au moins de 45 ans, posant un problème de renouvellement.

- Les Agents Techniques de Santé

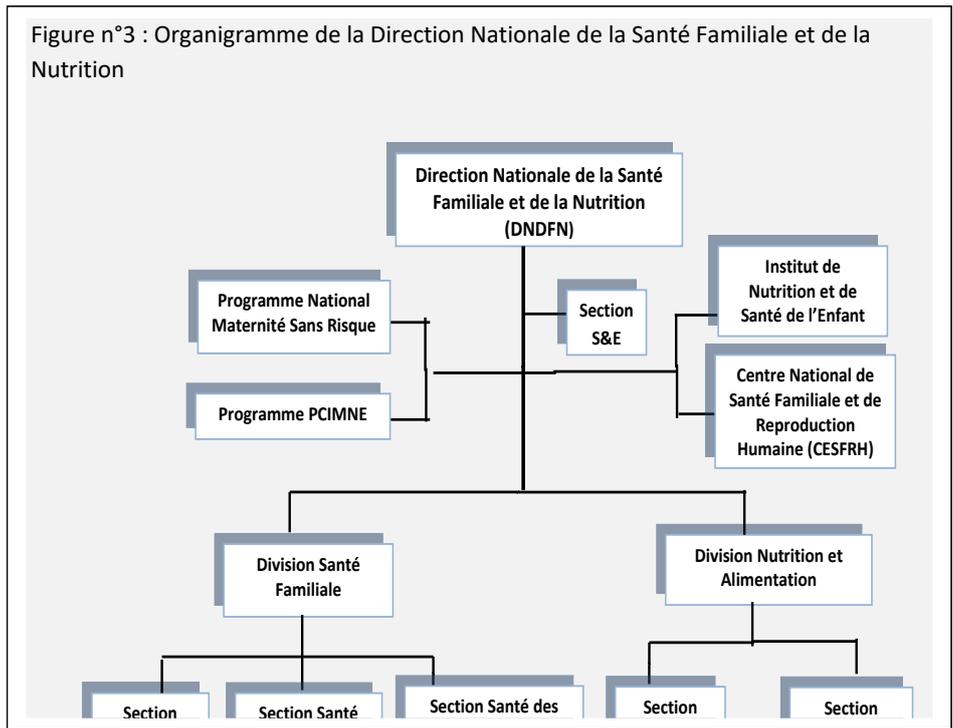
(ATS représentaient 37% de l'ensemble du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 4 ATS pour 10.000 habitants en 2014

- Les Infirmiers d'Etat (IE) représentaient 13% de l'ensemble du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 1,4 infirmier pour 10.000 habitants en 2014
- Les Sages-femmes (SF) représentaient 4% de l'ensemble du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 0,5 sages-femmes pour 10.000 habitants en 2014
- Les techniciens de laboratoire représentaient 1,5% de l'ensemble du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 0,16 techniciens de laboratoire pour 10.000 habitants en 2014
- Les médecins (spécialistes et généralistes) représentaient 16% du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 1,8 médecin pour 10.000 habitants
- Les médecins (généralistes uniquement) représentaient 12 % de l'ensemble du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 1,3 médecin généraliste pour 10.000 habitants en 2014

Les infirmiers, sages-femmes et médecins (généralistes) représentent 30% de l'ensemble du personnel de santé (public et privé), soit un ratio de 3,2 soignants pour 10.000 habitants en 2014. Bien que les besoins en RHS soient avérés, certaines catégories professionnelles (médecins, ATS) sont produites en surnombre contrairement aux sages-femmes, infirmiers d'Etat, techniciens de laboratoire et autres.

### 1.3. Contexte et Organisation de la SRMNIA en Guinée

Figure n°3 : Organigramme de la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition

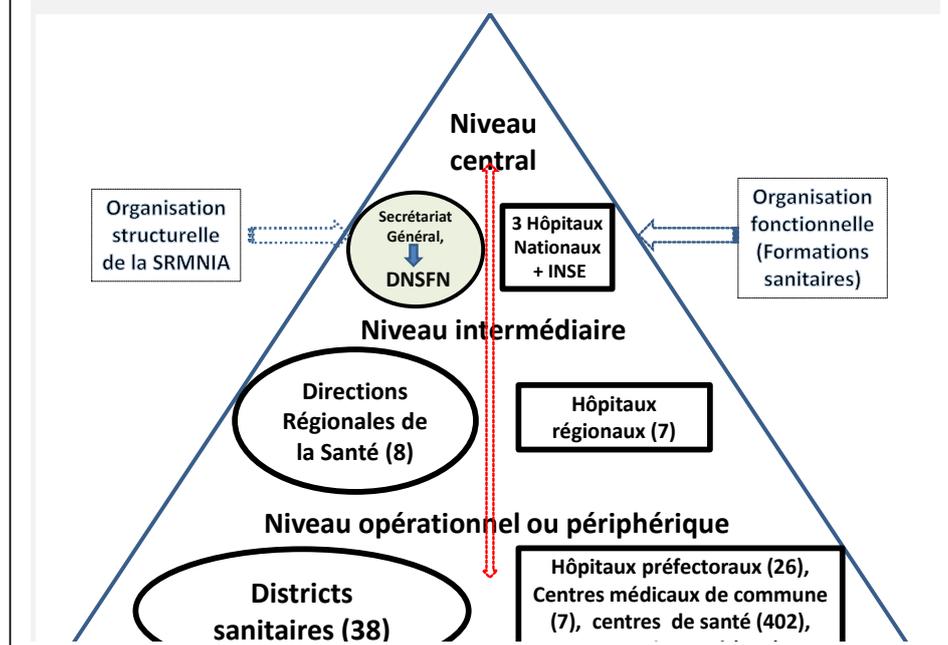


La mise en œuvre de la SRMNIA repose depuis plusieurs années sur un certain nombre de documents de planification stratégique élaborés au cours des deux dernières décennies, dont la politique nationale de la santé de la reproduction, la FDR pour accélérer la RMMNI 2006-2015, la FDR 2012-2015. Des instances de coordination prévues pour le suivi de la FDR : le Comité National, Régional

et Préfectoral Multisectoriel d'Action et de Suivi pour accélérer la réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvenile.

Conformément à la structuration pyramidale du système de santé, la SRMNIA est organisée à 3 niveaux. La Direction de la Santé Familiale et de la Nutrition (DSFN), relevant du Secrétariat Général de la Santé, avec ses programmes spécialisés de santé publique, et ses services rattachés organise au niveau central (i) la mise en œuvre de la politique nationale et stratégies en la matière, et (ii) l'application de ses normes et directives, le suivi et l'évaluation. Cette direction comporte 2 divisions, l'une en charge de la santé familiale et l'autre de l'alimentation et de la nutrition. Les directions régionales de la santé supervisent les activités SRMNIA au niveau des districts sanitaires, tandis que ces derniers organisent la SRMNIA dans les formations sanitaires et la communauté.

Figure n°4 : Hiérarchisation selon la pyramide sanitaire des structures administratives et opérationnelles en SRMNIA



La prise en charge (PEC) de la SRMNIA se réalise aux 3 niveaux du système de santé. Elle se réalise en ambulatoire dans les centres de santé, les postes de santé, et autres formations sanitaires privées du niveau opérationnel pour les consultations prénatales (CPN), postnatales (CPoN), les consultations des nourrissons et des enfants. L'hospitalisation est réalisée dans les centres médicaux et hôpitaux du niveau opérationnel, les hôpitaux régionaux et nationaux qui disposent des services de pédiatrie et de maternité. Les centres de santé réalisent des accouchements et gardent en observation les parturientes pour au moins 48 h.

La santé des adolescents et des jeunes, dispose outre des formations sanitaires ayant intégré ses préoccupations dans leurs paquets de service, des centres de santé scolaire et universitaire, avec mission de : (i) dépistage systématique et de façon précoce des maladies et des handicaps physiques, sensoriels et mentaux, (ii) prévention des maladies y compris les IST/VIH/SIDA ainsi que des grossesses précoces et non désirées par l'IEC, l'assainissement du milieu scolaire, l'immunisation, et (iii) traitement et orientation des cas pathologiques vers les services compétents.

Il existe par ailleurs une structure de soins spécialisés impliquée dans la SRMNIA: l'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant (INSE), en charge des soins spécialisés aux nouveau-nés à risque, aux enfants malades en général ceux ayant des problèmes nutritionnels en particulier, de la recherche appliquée dans les domaines de la Nutrition-Alimentation et de la santé de l'enfant, de la formation du personnel, et de la promotion de la vulgarisation scientifique en matière de nutrition et d'alimentation du nouveau-né et de l'enfant.

#### ❖ Acteurs clés de la SRMNIA

Plusieurs acteurs concourent à la mise en œuvre des interventions en SRMNIA : (i) le Ministère de la Santé avec la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN), (ii) les structures impliquées des autres ministères, (iii) le secteur privé, et (iv) des partenaires au développement (coopération bi- et multilatérale, ONGs nationales et internationales et la communauté).

## **II. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SRMNIA**

Au cours des deux dernières décennies, le secteur de la santé s'est mobilisé pour la SRMNIA. Les efforts déployés et les progrès enregistrés demeurent encore insuffisants face au défi à relever, et ne participent pas suffisamment à la création d'un environnement favorable à la SRMNIA. Des inéquités persistent dans l'accès aux soins obstétricaux et néonataux selon les régions, les zones urbaines ou rurales, le niveau d'instruction et le niveau socioéconomique des individus et des ménages. Certains acquis, en termes de résultats, ont été annihilés par les crises sociopolitiques et la flambée de la maladie à virus Ebola qu'a connues la Guinée. La revue des performances des programmes SRMNIA en 2016, après 10 ans de mise en œuvre de la FDR RMMNIJ 2006-2015 et de la FDR révisée 2012-2015, a permis l'analyse situationnelle de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

Cette FDR RMMNIJ 2012-2015, en adéquation avec les priorités nationales et les défis à relever pour contribuer de façon significative à l'amélioration des conditions sanitaires des mères, des nouveau-nés et des enfants, est en harmonie avec les documents de politique et de stratégie existants dans le pays : (i) le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) 2011-2012, (ii) la Politique Nationale de la Santé (PNS) de 2001 et (iii) le PNDS 2003-2012. Ses préoccupations ont été prises en compte dans le PNDS 2015-2024 et le Plan de relance et de résilience du système de santé 2015-2017. Son but et ses objectifs, pertinents et cohérents, s'inscrivent dans le cadre des OMD, et ses axes stratégiques d'interventions, contribuent à l'atteinte de l'objectif final qui est de réduire la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infanto-juvéniles.

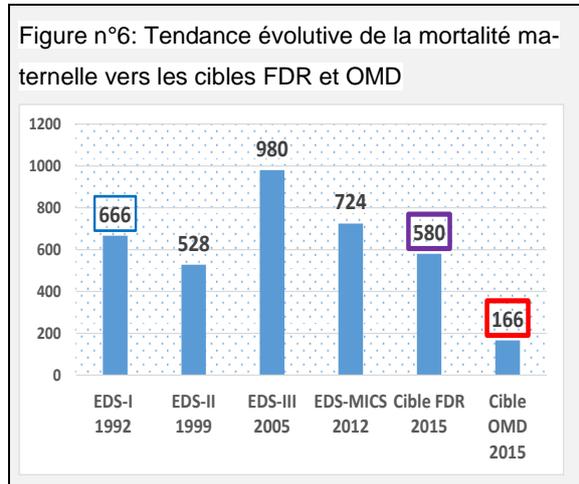
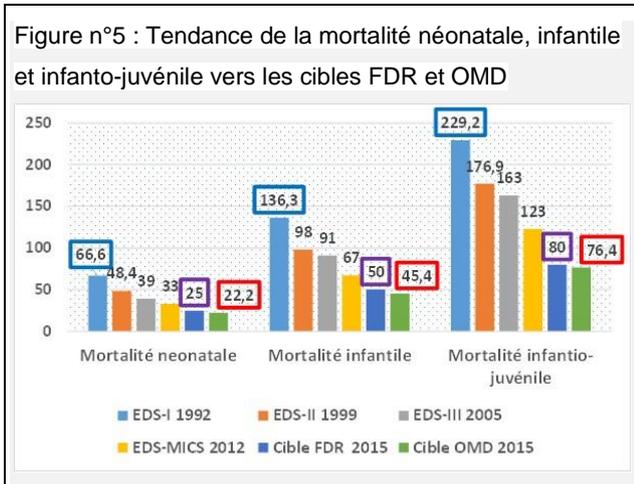
### **2.1. Situation épidémiologique**

Le profil épidémiologique de la SRMNIA est déterminé par les indicateurs de mortalité, de morbidité, ainsi que ceux liés à la santé de la reproduction. Ces indicateurs mettent en évidence l'état préoccupant de la santé de la population en général, et des populations ciblées en particulier.

- **Indicateurs de mortalité**

Bien que des progrès importants aient été réalisés en matière de réduction de la mortalité des enfants, celle-ci, variable selon les tranches d'âge, est encore élevée. Sa tendance à la baisse, relativement plus forte après 2005, période de mise en œuvre de la FDR 2006-2015, est particulièrement observée pour les tranches d'âge des enfants au-delà de 1 mois de vie, à savoir les nourrissons et les enfants âgés de plus de 12 mois. Les taux de mortalité sont passés respectivement de 91 p.1000 à 67 p.1000 pour les tranches d'âge allant de 1 mois à 12 mois et de 163 p.1000 à 123 p.1000 entre 2005 et 2012, avec une réduction globale en 7 ans d'au moins 25% plus importante que celle de 15 % de la mortalité néonatale.

La mortalité maternelle bien qu'elle ait diminuée de façon significative au cours de la période 2005-2012 par rapport à la période 1999-2005, est encore très élevée en Guinée avec 724 décès pour 100.000 naissances vivantes, attestant du risque important de décès que courent les femmes pour chaque grossesse. Ce qui traduit non seulement la mauvaise santé des femmes pendant la grossesse mais aussi la disponibilité et la qualité insuffisantes des soins obstétricaux offerts.

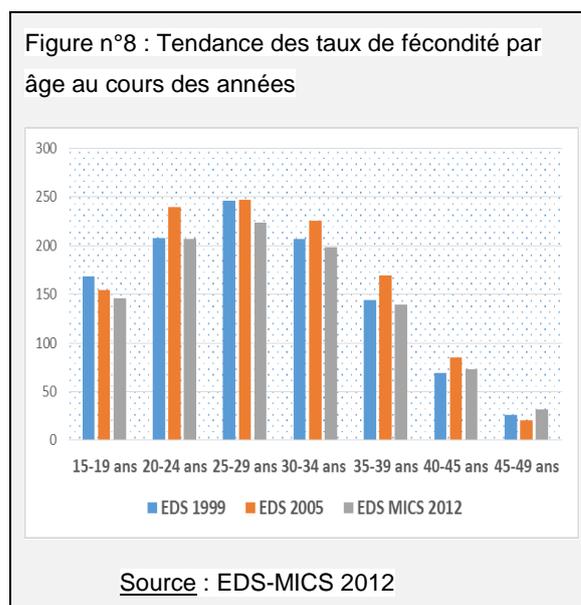
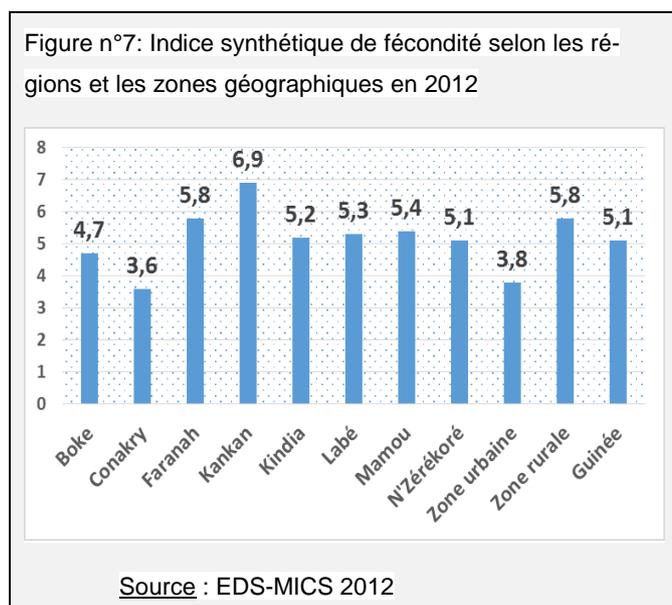


Malgré les progrès perceptibles, le rythme d'amélioration de ces indicateurs est insuffisant et leurs valeurs respectives restent encore nettement en-deçà des cibles visées, les objectifs de la FDR et de l'OMD-4 et 5 n'ont pu être atteints.

- **Indicateurs SR**

Indice synthétique de fécondité :

L'entrée dans la vie féconde des adolescentes âgées de 15 à 19 ans est très précoce et à un niveau élevé (146‰). L'augmentation de la fécondité qui s'ensuit entre 20 et 24 ans comme illustré dans les Figures n°12 et 13 est très rapide culminant à plus de 224‰ entre 25 et 29 ans, suivie d'une régression progressive et rapide surtout après 35 ans vers une fécondité tardive résiduelle non négligeable (32 ‰) à la fin de la vie génésique (45-49 ans). Par ailleurs cette fécondité, plus élevée à tous les âges en milieu rural, y est beaucoup plus précoce avec 178 ‰ chez les 15-19 ans contre 102 ‰ en milieu urbain.<sup>10</sup>



Malgré une tendance à la baisse observée ces dernières années, la fécondité précoce et se poursuivant pendant toute la vie génésique, est élevée, avec un indice synthétique de fécondité (ISF) de 5,1 en 2012 (5,8 en milieu rural et 3,8 en milieu urbain). La proportion des adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge. Elle est passée de 8,2 % à 15 ans à 58,1 % à 19 ans, âge auquel 52 % des jeunes filles ont déjà eu au moins un enfant.

Le taux d'utilisation de la contraception demeure faible quelle que soit la méthode, avec une progression lente de la prévalence contraceptive traditionnelle vers la moderne.

La prévalence contraceptive moderne, variable selon les régions, l'âge et le niveau d'instruction, est très faible, notamment en zone rurale. Elle est de 5,5% en 2012 parmi les femmes en union, de 11% chez les jeunes de 20 à 24 ans et de 4,4% chez les adolescentes de 15 à 19 ans. Ceci suggère une

<sup>10</sup>Rapport Final SMART GUINÉE 2014

augmentation de risque plus élevé des grossesses précoces et non désirées, ainsi que des avortements provoqués clandestins aux conséquences souvent graves pour la santé et la vie génésique des femmes et particulièrement les adolescentes.

- **Morbidité**

La morbidité infantile est globalement très élevée. Les trois premières causes de morbidité et de mortalité sont le paludisme ( ), les maladies diarrhéiques ( ) et les maladies respiratoires aiguës (7%). Les femmes enceintes constituent avec les enfants de moins de 5 ans et surtout les moins de 1 an, les populations les plus vulnérables au paludisme. L'infection palustre pendant la grossesse comporte des risques importants pour la mère, le fœtus puis le nouveau-né. La prévalence de la diarrhée est de 13,8 % chez les enfants de 0 à 59 mois, avec des prévalences les plus élevées à Faranah (19,2%), à N'zérékoré (18,6%), et à Kankan (16,2%).<sup>11</sup> Selon l'enquête SMART 2011-2012, 30% des enfants de moins de 5 ans avait présenté une toux évoquant une IRA au cours des 2 semaines précédant l'enquête, avec des prévalences élevées à N'Zérékoré (45%), Boké (42,9%) et Kindia (42,3%).

La proportion des enfants avec un faible poids à la naissance pour lequel sont souvent incriminés la prématurité, le retard de croissance intra-utérine, les infections et le mauvais état nutritionnel de la mère pendant la grossesse, est un peu plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain (7 % contre 10 %), et varie de 6 % à Faranah à 11 % à Conakry<sup>12</sup>. La malnutrition souvent accompagnée d'anémie reste préoccupante chez les enfants de moins de 5 ans, dont 31 % souffrent de malnutrition chronique. Dans 14 % des cas, il s'agit d'une forme sévère<sup>13</sup>. Le niveau de malnutrition chronique, plus élevé en milieu rural, est influencé par le niveau d'instruction de la mère : 34 % chez les enfants de mère sans instruction contre 25 % parmi ceux dont la mère a un niveau primaire, et 17% chez ceux dont la mère a un niveau secondaire et plus. L'état nutritionnel des femmes guinéennes est généralement caractérisé par une surcharge pondérale, deux femmes sur dix (19 %) présentent un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25. L'anémie est présente chez huit enfants sur dix âgés de 6 à 59 mois (77%), et chez quatre femmes sur dix, particulièrement quand elles sont enceintes<sup>14</sup>.

Bien que la proportion des enfants de moins d'un an protégés contre le tétanos néonatal (TNN) à travers la vaccination de leurs mères ait augmenté, la présence des 50 cas de TNN notifiés en 2015<sup>15</sup> signe la protection insuffisante des nouveau-nés à travers la vaccination de leurs mères contre

---

<sup>11</sup> Rapport Final SMART GUINÉE 2014

<sup>12</sup> Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples en Guinée 2012

<sup>13</sup> Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples en Guinée 2012

<sup>14</sup> Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples en Guinée 2012

<sup>15</sup> SAP DPLM 2015

le tétanos. La féminisation de l'infection à VIH dans un contexte d'épidémie généralisée et de séro-prévalence chez les femmes enceintes plus élevée que dans la population générale, expose les enfants à naître à un risque plus élevé d'être infectés.

## **2.2. Réponse nationale en matière de SRMNIA**

Au cours des deux dernières décennies, le secteur de la santé s'est mobilisé pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, multipliant les projets, les initiatives et les interventions. Des progrès ont été enregistrés, mais certains acquis, en termes de résultats, ont été annihilés par les crises sociopolitiques et la flambée de la maladie à virus Ebola qu'a connues le pays.

### **2.2.1. Gouvernance, coordination et partenariat**

L'analyse de la FDR, a relevé des faiblesses dans le cycle gestionnaire de sa mise œuvre, avec le non-développement d'un plan de Suivi-évaluation (S&E), et la non-réalisation des évaluations périodiques annuelles et la revue à mi-parcours. Il a été par ailleurs observé une coordination insuffisante des interventions avec la non-opérationnalisation des instances de coordination pour le suivi de la FDR à tous les niveaux du système de santé : (i) le Comité National Multisectoriel d'Action et de Suivi pour accélérer la réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvenile présidé par le ministre de la santé, et (ii) ses organes décentralisés aux niveaux régional et préfectoral. La Task Force mise en place jouant le rôle de secrétariat du comité et assurée par la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN), n'a pu produire des rapports annuels sur l'état d'avancement de la FDR. La mise en œuvre des interventions de la FDR a souffert de l'insuffisance de financement, traduisant ainsi une absence de stratégie efficace de plaidoyer et de mobilisation des fonds et d'un cadre d'investissement pour la SRMNIA.

### **2.2.2. Suivi et évaluation**

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

Les faiblesses de la surveillance se caractérisent par l'organisation irrégulière de la séro-surveillance sentinelle du VIH chez la femme enceinte, et de la surveillance des décès maternels et néonataux encore à ses débuts dans quelques structures sanitaires.

### **2.2.3. Ressources Humaines de santé(RHS)**

Les RHS sont caractérisées par (i) leur insuffisance quantitative et qualitative, (ii) leur inégale répartition sur le territoire national au détriment des zones rurales, (iii) leur faible motivation à tous les niveaux. Ces faiblesses dans la gestion des RHS, malgré la disponibilité d'un plan de développement des ressources humaines, entraînent la faible disponibilité du personnel qualifié en milieu rural notamment les sages-femmes, et l'offre d'un paquet de service incomplet et de qualité insuffisante.

### **2.2.4. Gestion et approvisionnement des stocks des médicaments et intrants**

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

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

Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et ses 5 centres régionaux de transfusion sanguine (CRTS) basés à Kindia, Labé, Kankan et Nzérékoré, et 34 unités hospitalières de transfusion sanguine (UHTS) assurent la production et la distribution des produits sanguins. Ce réseau dont le fonctionnement n'est pas optimal, ne couvre pas tout le territoire national. L'insuffisance d'équipements, matériels, consommables et de sources énergétiques limite les possibilités de conservation du sang, des produits sanguins et des réactifs. Le manque de fidélisation des donneurs fait du don familial du sang la méthode la plus utilisée pour la production des produits sanguins. Tous ces facteurs justifient la faible disponibilité de ces produits.

Les formations sanitaires SONU sont sous équipées, avec un matériel médicotechnique souvent vétustes, ne répondant pas aux normes et standards requis. Il n'existe pas de plan de maintenance

et de renouvellement des équipements et des infrastructures. L'effort déployé pour la mise à disposition des formations sanitaires des chaînes de froid pour la conservation uniquement des vaccins, devrait être poursuivie pour faire de même pour la conservation des réactifs et autres produits thermolabiles.

## **2.2.5. Soins et services de SRMNIA**

### **2.2.5.a. Santé de la femme**

- Avant la conception

La Guinée est un pays à forte fécondité, avec un indice synthétique de fécondité (ISF) de 5,1 en 2012 (5,8 en milieu rural et 3,8 en milieu urbain). Cette fécondité est caractérisée par sa précocité et sa poursuite pendant la vie génésique. Les besoins non satisfaits en matière de PF sont estimés à 23,7% en 2012. La prévalence contraceptive moderne est faible aussi bien parmi les femmes en union (5%) que chez les adolescentes de 15 - 19 ans (4,4 %) et les jeunes de 20-24 ans (11 %). La prévention des IST et surtout celle de l'infection à VIH ne sont pas suffisamment intégrées dans la PF. Le non implication des hommes dans la PF contribue à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes, la femme n'ayant pas toujours la capacité d'en négocier l'utilisation. Répondre aux besoins non satisfaits en matière de contraception, éviterait la survenue de nombreuses grossesses non désirées et d'avortements non sécurisés ayant un impact sur la mortalité des femmes.

- Pendant la grossesse

L'offre de la CPN est disponible dans tous les centres de santé. Son accessibilité est quelque peu limitée notamment en milieu rural, du fait de l'éloignement de certaines formations sanitaires, et le suivi insuffisant de la mise en œuvre de la gratuité des soins obstétricaux instaurée par l'Etat. La forte déperdition des femmes enceintes observée entre la CPN1 (85%) et la CPN4 (55%), limite leurs chances pour une bonne couverture en soins prénatals complets et de qualité, notamment dans l'administration de la 2<sup>e</sup> dose de Traitement Préventif Intermittent (TPI) et du Vaccin Antitétanique (VAT2).

Bien que la consultation prénatale recentrée (CPNr) soit recommandée dans l'offre des soins prénatals, son paquet est parfois incomplet dans certaines formations sanitaires. Ces soins souffrent soit de l'insuffisance d'intégration, soit d'une non disponibilité des intrants, ou d'insuffisance de formation des prestataires. La PTME est intégrée dans 293 formations sanitaires offrant la CPN, cependant, une application insuffisante du conseil dépistage du VIH à l'initiative du prestataire (CIDP) est observée. La supplémentation en fer acide folique (FAF) est assurée à près de 90 % des femmes enceintes. Les CPN ne sont pas toujours accompagnées de la distribution des MILDA.

- Pendant l'accouchement

Les accouchements assistés en augmentation sont passés de 35 % en 1999, à 38 % en 2005 et 45 % en 2012 avec des disparités entre le milieu rural et le milieu urbain.<sup>16</sup> Les accouchements à domicile en constante régression, avec une moyenne annuelle de 60%, notamment en milieu rural avec la faible disponibilité des formations sanitaires. Entre 2005 et 2012, le taux des césariennes est passé de 2,8 à 3,6% au niveau national. Cette moyenne nationale faible, en deçà des normes de l'OMS cache une disparité régionale criarde, seule la région de Conakry a atteint les normes en matière de taux de césarienne avec 7,8 en 2005 et 7,4 % en 2012,

- Pendant le post-partum

Les soins postnatals très peu développés, sont insuffisamment prodigués. Une fois sorties de la maternité, ces femmes ne reviennent que pour les besoins des soins de leurs bébés. Le Taux de CPoN n'est que de 4,4%.

- Besoins satisfaits en SONU

Ces besoins satisfaits sont très faibles (12,2 %), sauf pour la région de Conakry qui compte plus de structures SONU et SONUC avec 52,6%.

- Les violences basées sur le genre (VBG)

Les femmes et particulièrement les adolescentes sont victimes des violences de toutes sortes comme le harcèlement, les viols et les mutilations génitales. Ces violences, dont les auteurs sont en général impunis, mettent souvent en danger les vies hypothéquées et/ou précarisées des victimes par les grossesses non désirées, les accouchements et leurs complications, ainsi que les contaminations aux IST et au VIH, la stigmatisation, et la discrimination.

### **2.2.5.b. Santé des enfants**

Les soins administrés au nouveau-né ne sont pas faits selon les normes dans toutes les maternités. La méthode de mère kangourou (MMK), utilisée pour les soins d'urgence des enfants, n'est pas connue de tous les prestataires et moins encore de la communauté. De nouvelles unités de PEC du nouveau-né ont été créées dans 6 régions sur 8 du pays, et 85 coins des nouveau-nés ont été aménagés dans les formations sanitaires.

La pratique de l'allaitement maternel est très répandue en Guinée avec 98,1% des enfants âgés de 0 à 23 mois. La proportion d'enfants ayant été allaités atteignait 98 % dans toutes les régions sauf à Conakry où elle était de 91,4%.<sup>17</sup> Malgré un allaitement précoce élevé de 16,6 % à la première heure et 73,1% au premier jour, il n'y a qu'un quart des enfants qui bénéficient de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, susceptible de prévenir des infections, des diarrhées et de la malnutrition. La

---

<sup>16</sup>Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples en Guinée 2012

<sup>17</sup> Enquête nationale nutrition-santé basée sur la méthodologie SMART, 2011-2012

prévalence de l'allaitement maternel exclusif des moins de 6 mois est passée de 18,5% en 2012<sup>18</sup> à 26% en 2015<sup>19</sup>. C'est après 6 mois, que l'introduction des aliments de complément commence dans la vie de l'enfant.

### **2.2.5.c. Santé des adolescents et jeunes**

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

Bien que les standards de services adaptés aux adolescents et aux jeunes n'aient pas encore été intégrés dans les centres de santé scolaire et universitaire, la santé sexuelle et reproductive de cette population cible a été intégrée dans 44 structures de santé, et un total de 10 districts sanitaires sur les 38 (soit 26,31%) offrent des services de santé adaptés à leur besoins<sup>20</sup>. Des centres ou clubs des jeunes ont été mis en place dans le cadre de la PF et la lutte contre le SIDA. La faible couverture géographique de ces structures, dont la majorité se trouve à Conakry, et la faible coordination des interventions ne permettent pas encore de produire les résultats escomptés.

### **2.2.6. Communication et la mobilisation sociale**

Dans le paquet de l'offre de service de la SRMNIA, pour répondre à certains déterminants de la santé et à l'émergence de certains comportements sociaux et les pratiques nocives pour la santé (violences selon le genre dont les mutilations génitales), il est fait recours à la communication et à la mobilisation sociale. Cette intervention transversale, n'est pas suffisamment développée aussi bien en milieu des soins qu'en milieu communautaire pour la promotion des services en vue d'améliorer leur utilisation, et le changement de comportements.

### **2.2.7. Réponse communautaire**

Cette réponse, insuffisamment organisée et coordonnée, s'exprime à travers la mobilisation de la communauté sur les questions de SRMNIA, les actions des ONG/Associations, des comités de santé et des relais communautaires.

<sup>18</sup> Enquête nationale nutrition-santé basée sur la méthodologie SMART, 2011-2012

<sup>19</sup> Enquête nationale nutrition-santé basée sur la méthodologie SMART, 2015

<sup>20</sup> Rapport annuel MUSKOKA, 2015

## 2.2.8. Financement du programme

Le financement par l'Etat se fait par subvention trimestrielle. En dehors des salaires des personnels agents de l'Etat, le financement de l'Etat est marqué par sa mise en place tardive ce qui affecte le fonctionnement des hôpitaux et la qualité des services qui y sont délivrés. A titre illustratif, pour l'année 2011, une seule subvention trimestrielle a été reçue, d'un montant de 700 millions de FG, pour l'Hôpital Ignace Deen, et 780 millions pour l'hôpital de Donka (Données 2012).

- Les intrants des actes restent chers du fait des difficultés d'approvisionnement des structures hospitalières en médicaments à partir de la Pharmacie centrale de Guinée qui satisfait moins de 50% de la commande des hôpitaux.
- Le financement de la SR contribue à l'atteinte de l'OMD5, il constitue une priorité pour l'Etat et ses partenaires. Les ressources mises à disposition par les PTF leaders du domaine sont quasiment totalement exécutées. La participation de l'Etat reste encore faible dans le financement global de la santé. Depuis 2007, des initiatives visant à accélérer la réduction des décès maternels et néonataux à travers la gratuité de la césarienne ont été mises en œuvre par l'ETAT. Cette mesure a été élargie en 2011 à la prise en charge de la consultation prénatale et de l'accouchement assisté par un personnel qualifié c'est à dire les soins obstétricaux néonataux d'urgence. Toutes fois les principaux goulots liés au financement sont :
- La part du budget de l'Etat allouée à la santé est faible : en moyenne 2,54% du BND (contre 15% engagement des Etats de la CEDEAO) ;
- Faible taux d'exécution de ces allocations budgétaires sur les cinq dernières années (2004-2007) a avoisiné les 57% base engagements et 52% base paiements ;
- L'irrégularité et l'imprévisibilité des financements de l'Etat aux services de santé ;
- La mauvaise gouvernance financière des ressources de l'Etat entraînant des gaspillages importants ;
- L'inadéquation de l'allocation des ressources par rapport aux priorités sanitaires <sup>21</sup>

## **III. PRINCIPAUX PROBLEMES ET DEFIS MAJEURS**

De l'analyse des résultats de la revue des performances des programmes SRMNIA, il se dégage les principaux problèmes et défis découlant de l'état de santé des mères, nouveau-nés, enfants et

---

<sup>21</sup> Rapport des Etats généraux de la santé

adolescents, mais surtout du système de santé avec la faible couverture des interventions de SRM-NIA de qualité.

### **3.1. Principaux problèmes**

#### **3.1.1. Problèmes de santé**

- La mortalité maternelle reste élevée à 724/100000 NV, la mortalité néonatale à 33/1000, et la mortalité infanto juvénile de 123/1000
- La persistance de pratiques et croyances socioculturelles néfastes à la santé de la femme et de l'enfant, notamment les mutilations génitales féminines, les mariages précoces.

#### **3.1.2. Problèmes du système de santé**

1. La faiblesse dans la gouvernance et le leadership du ministère de la santé, en matière de coordination stratégique des interventions et des partenaires et de planification,
2. L'insuffisance du financement de la SRMNIA avec des faiblesses dans la mobilisation des financements internes et externe, l'allocation insuffisante des ressources financières, et la difficulté de décaissement des fonds alloués,
3. La faible organisation du partenariat, de la collaboration intra et intersectorielle, y compris la faible implication de la communauté en SRMNIA,
4. La mauvaise répartition des RHS avec leur faible disponibilité qualitative et quantitative, insuffisance de motivation,
5. La faible qualité des soins en SRMNIA avec les insuffisances du plateau technique matériel et humain, et le non-respect des normes et standards A6– 7,
6. La faible utilisation des services SRMNIA suite à leur faible accessibilité et promotion,
7. La couverture insuffisante des populations ciblées par les services et interventions de la SRMNIA notamment : CPNr, CPoN, SONU, SENN, PCIMNE, Nutrition, SRAJ, PF, VBG, Vaccination, PTME...
8. L'insuffisance de la communication et de la mobilisation sociale dans les formations sanitaires et en milieu communautaire en réponse au développement des comportements sociaux déviants et de leurs conséquences (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie et violences basées sur le genre), ainsi que des risques de survenue de certaines maladies transmissibles dont Ebola, IST/VIH/Sida et non transmissibles (cancers gynécologiques),
9. La faible disponibilité des médicaments essentiels de la SR (y compris les contraceptifs, les produits d'urgence ainsi que les produits sanguins), les intrants, et autres fournitures de qualité,

10. L'insuffisance du suivi avec l'absence du plan de S&E de la FDR, la non prise en compte de certains indicateurs dans le SNIS, la non réalisation des évaluations périodiques et de la revue à mi-parcours, l'insuffisance des supervisions et l'actualisation insuffisante des informations stratégiques par la réalisation des études et enquêtes.
11. La faible organisation du système de référence/contre-référence pour la prise en charge des complications et urgences obstétricales, chirurgicales, néonatales et pédiatriques.

### **3.2. Défis**

La revue de la feuille de route a mis en exergue de nombreux défis face auxquels il est urgent de développer des stratégies et actions qui permettent d'améliorer la SRMNIA.

1. Relever le niveau de couverture des interventions à haut impact (CPNr, CPoN, SONU, SENN, PTME, SRAJ, PF, FO, VBG, PCIMNE, Nutrition, Vaccination, SDMR, PCI) en faveur des populations cibles;
2. Assurer la disponibilité en médicaments, réactifs, équipements, consommables médicaux et autres intrants ;
3. Rendre disponibles des ressources humaines de santé (RHS) de qualité aux points de prestations ;
4. Renforcer la gouvernance, la coordination, le partenariat et l'équité dans le développement du programme ;
5. Renforcer le système de Suivi et Evaluation du programme ;
6. Assurer un financement adéquat du programme de SRMNIA ;
7. Amener les populations à adopter des comportements favorables à la SRMNIA.

### **3.3. Domaines d'actions prioritaires**

Il a été retenu 7 domaines d'actions prioritaires pour relever les défis de la performance du programme :

1. Coordination, du partenariat et de la mobilisation de ressources pour la SRMNIA
2. Financement de la SRMNIA
3. Système de S&E
4. RHS de qualité au niveau de tous les points de prestation
5. Equipements de matériel médical et de médicaments essentiels pour la SRMNIA y compris la rénovation et la maintenance des équipements et des infrastructures

6. Prestations des interventions à haut impact sur la SRMANIA(CPNr, CPoN, SONU, SENN, PTME, SRAJ, PF, FO, VBG, PCIMNE, Nutrition, Vaccination, SDMR, PCI, Urgences et Catastrophes)
7. Participation communautaire, communication et mobilisation sociale

## **IV. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2016-2020 DE LA SRMNIA**

### **4.1. Valeurs et Principes**

Ce plan, dans son élaboration, exécution, suivi et évaluation, est aligné sur le PNDS 2015- 2024 et le Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé 2015-2017, qui accordent une place importante à la SRMNIA. En droite ligne de l'Objectif de Développement Durable 3 (ODD3)visant à "donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges", il est conçu pour accélérer la mise en œuvre des interventions de promotion, de prévention et de PEC de la SRMNIA et de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

#### **Valeurs**

Limité à la sphère du secteur santé, il prend en compte l'approche post 2015 basée sur la continuité des soins, la couverture sanitaire universelle, la redevabilité et le développement durable. La continuité des soins place la santé des populations ciblées dans une perspective plus large couvrant toutes les étapes de leur développement physique et génésique. La couverture sanitaire universelle suppose leur accès aux soins et services accessibles conçus en tenant compte de leurs besoins. La redevabilitéest la capacité de faire participer différents acteurs à la prise de décision, à la gestion des activités, à l'évaluation et à la remise en question des résultats. Le développement durable spécifiquement consacré à la santé et au bien-être, permet à tous une viesaine et la promotion du bien-être à tout âge.

#### **Principes directeurs**

- Les interventions reposant sur des bases factuelles avec un bon rapport coût/efficacité ;

- L'approche de système de santé avec comme porte d'entrée les centres de santé en mettant l'accent sur l'intégration des soins de SRMNIA à tous les niveaux et la mise en place d'un système de référence fonctionnel
- La recherche de la synergie des plans et de la complémentarité des programmes existants en tenant compte des avantages comparatifs des différents partenaires dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de SRMNIA
- La promotion du partenariat, de la coordination et de la programmation impliquant toutes les parties prenantes y compris le secteur privé;
- L'accès équitable aux soins de qualité avec une attention particulière aux groupes vulnérables;
- L'amélioration optimale des résultats sanitaires et la dimension multisectorielle des réponses, nécessitent une approche transversale axée sur l'équité, et fondée sur les droits humains, en respect des différences du genre et des impératifs de santé dans le cycle de vie des populations ciblées. La mise en place des instances de concertation favorisera la réactivité et la rapidité dans la prise de décision, ainsi que la contribution de tous à des stratégies conjointes. Ces principes directeurs se résument en un seul leadership, un partenariat coordonné, actif et inclusif, une bonne gouvernance avec redevabilité, des stratégies basées sur les évidences, la couverture sanitaire universelle, la continuité des soins et l'équité dans la mise en œuvre des interventions.

## 4.2. But et objectifs

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>BUT</b>                   | Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population guinéenne.  |
| <b>OBJEC-TIFS GENE-RAUX</b>  | D'ici fin 2020 : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. réduire la mortalité maternelle de 724 à 517/100000 NV,</li> <li>2. Réduire la mortalité néonatale de 33 à 21/1000 ;</li> <li>3. Réduire la mortalité infantile de 67 à 47/1000</li> <li>4. Réduire la mortalité infanto-juvénile de 123 à 77/1000</li> <li>5. Réduire les comportements à risque en SRMNIA, particulièrement chez les adolescents (e)s et les jeunes</li> </ol> |
| <b>Objectifs spécifiques</b> | 1. Accroître le taux de prévalence contraceptive moderne de 6% à au moins 25% en améliorant l'accès, la disponibilité et la qualité des services de PF  |

|     |   |
|-----|---|
| 2.  | Accroître l'utilisation de la CPNr en améliorant le taux d'utilisation d'au moins 4 CPN par les femmes enceintes de 57% à 85 % dans toutes les structures sanitaires.   |
| 3.  | Améliorer le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié de 45 % à 64%.   |
| 4.  | Améliorer la gestion des stocks des médicaments, équipements et matériels médico-techniques pour la SRMNIA  |
| 5.  | Augmenter la couverture géographique des SONUB et SONUC selon les orientations de la cartographie des SONU  |
| 6.  | Améliorer le taux de besoins satisfaits en SONU de 12 % à 60 % par le renforcement de la PEC des urgences et complications obstétricales.   |
| 7.  | Améliorer la couverture et la prise en charge des nouveaux nés y compris les faibles poids de naissance par l'extension des unités de néo-natals de 6 à 38, des coins du nouveau-né de 97 à 317 et des soins maternels Kangourou de 15 à 400. |
| 8.  | Réaliser la revue et la riposte de tous les décès maternel et néonatal notifiés au niveau des districts sanitaires  |
| 9.  | Assurer la prise en charge chirurgicale de 1500 femmes souffrant de fistules obstétricales dépistées en 5 ans.  |
| 10. | Renforcer la capacité du CNTS et rendre fonctionnelles les unités régionales de transfusion sanguine.   |
| 11. | Développer les soins postnataux de qualité pour les femmes et les nouveaux nés afin d'améliorer leur utilisation de 37% à 80 %.   |
| 12. | Plaidoyer pour améliorer le financement du budget de la santé de 3% à 10% du BND et octroyer 25 % de ce budget à la SRMNIA.   |
| 13. | Assurer les soins essentiels de qualité à 80 % de nouveau-né  |
| 14. | Assurer le dépistage et la prise en charge des lésions pré cancéreuses dans les maternités de 50% des structures sanitaires   |

|     |  |
|-----|--|
| 15. | Accroître la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans les structures sanitaires de 60 à 90% et au niveau communautaire de 26 à 75% selon les normes PCIMNE |
| 16. | Réduire le taux de malnutrition chronique de 26% à 20% et le taux de malnutrition aiguë de 5% à 2% dans les structures sanitaires.                                   |
| 17. | Assurer la prise en charge de 100% des VBG et interdire l'excision dans les formations sanitaires.   |
| 18. | Augmenter le niveau de connaissance de 80% des populations cibles en vue d'une meilleure utilisation des services de SRMNIA.   |
| 19. | Augmenter de 31 à 70% l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive des Ado-jeunes  |
| 20. | Augmenter la couverture des services de prestation en SRAJ de 40 à 100%  |
| 21. | Augmenter la couverture géographique de la PTME de 297 sites à 875   |
| 22. | Réduire de 95% le taux de transmission de l'infection à VIH de la mère à son enfant  |
| 23. | Réduire d'au moins 50% les décès maternels et infantiles liés au VIH/SIDA  |
| 24. | Accroître le taux de dépistage du VIH chez les femmes reçues en CPN de 59 à 80%  |
| 25. | Améliorer le pourcentage des femmes enceintes séropositives mises sous ARV de 87 à 95%   |
| 26. | Mettre 100% des enfants nés de mères séropositives sous prophylaxie ARV  |
| 27. | Rendre disponible dans 80% des structures de RHS de qualité pour l'offre de services de SRMNIA   |
| 28. | Développer le partenariat public-privé en SRMNIA   |
| 29. | Rénover 50% des formations sanitaires offrant des SONU   |

|                           |  |
|---------------------------|--|
|                           | 30. Assurer la prise en charge des urgences et catastrophes en SRMNIA  |
| <b>Résultats attendus</b> | 1. La prévalence contraceptive moderne (taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes) passe de 6 % à 25%.   |
|                           | 2. Le taux de CPNr4 passe de 57 % à 85 % dans toutes les structures sanitaires   |
|                           | 3. Le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié passe de 45 % à 64%.   |
|                           | 4. Les produits vitaux pour la santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant sont disponibles dans 100% des formations sanitaires ciblées  |
|                           | 5. Le nombre de structures SONUB est passé de 72 à 174, SONUC de 11 à 56   |
|                           | 6. Le taux de besoin satisfait en SONU passe de 12% à 60%  |
|                           | 7. La couverture et la prise en charge des nouveaux nés y compris les faibles poids de naissance sont améliorées par l'extension des unités de néo-natologie qui passent de 6 à 38 et des soins maternels Kangourou de 15 à 400. |
|                           | 8. La revue de 80% des décès maternels et des décès néonataux est réalisée dans toutes les structures de santé et la riposte organisée.  |
|                           | 9. 1500 femmes souffrant de fistules obstétricales sont prises en charge en 5 ans.   |
|                           | 10. Les capacités du CNTS sont renforcées et 7 unités régionales de transfusion sanguine sont fonctionnelles.  |
|                           | 11. Le taux de CPoN passe de 37% à 80%   |
|                           | 12. Le budget de la santé est amélioré et passe de 3% à 10% du BND et 25 % de ce budgets est octroyé à la SRMNIA.  |
|                           | 13. 80 % de nouveau-né bénéficieront de soins essentiels de qualité  |
|                           | 14. 50% des maternités des structures sanitaires réaliseront le dépistage et la prise en charge des lésions pré cancéreuses  |

|  |   |
|--|---|
|  | 15. La prise en charge des enfants de moins de 5 ans est accrue de 60 à 90% dans les structures sanitaires et de 26 à 75% au niveau communautaire selon les normes PCIMNE                   |
|  | 16. Le taux de malnutrition chronique et le taux de malnutrition aigue sont réduits respectivement de 26% à 20% et de 7% à 5% dans les structures sanitaires.                               |
|  | 17. La prise en charge de 100% des VBG est réalisée et 0 excision dans les formations sanitaires.   |
|  | 18. Des activités d'IEC/CCC par les agents de santé sont organisées pour améliorer la connaissance de 80% des populations cibles en vue d'une meilleure utilisation des services de SRMNIA. |
|  | 19. L'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive des Ado-jeunes passera de 31 à 70%   |
|  | 20. La couverture des services de prestation en SRAJ passera de 40 à 100%   |
|  | 21. La couverture géographique de la PTME passera de 297 sites à 875  |
|  | 22. Le taux de transmission de l'infection à VIH de la mère à son – enfant sera réduit de 95%   |
|  | 23. Les décès maternels et infantiles liés au VIH, sida seront réduits de 50%   |
|  | 24. Le taux de dépistage du VIH chez les femmes reçues en CPN passera de 59 à 80%   |
|  | 25. Le pourcentage des femmes enceintes séropositives mises sous ARV évoluera de 87 à 95%   |
|  | 26. 100% des enfants nés de mères séropositives seront sous prophylaxie ARV   |
|  | 27. 80 % des formations sanitaires ciblées disposent de ressources humaines en nombre et en qualité   |
|  | 28. Le partenariat public-privé en SRMNIA est développé   |
|  | 29. 50% des formations sanitaires offrant des SONU seront rénovées  |

|   |
|---|
| 30.100% des urgences et catastrophes en SRMNIA seront prises en charges |
|---|

### 4.3. Stratégies d'interventions

Pour atteindre les résultats définis dans ce plan stratégique, sept (7) stratégies ont été retenues :

1. Renforcement de la Gouvernance, de la coordination et du partenariat pour la SRMNIA
2. Amélioration du Financement de la SRMNIA
3. Renforcement du système de S&E
4. Disponibilité des RH de qualité au niveau des points de prestation des services
5. Disponibilité d'équipements, de matériel médical et de médicaments essentiels pour la SRMNIA y compris la rénovation et la maintenance des équipements et des infrastructures
6. Renforcement des prestations des interventions à haut impact sur la SRMANIA (PF, CPNr, CPoN, SONU, SENN, PCIMNE, Nutrition, Vaccination, PTME, SRAJ, FO, Genre, VBG, SDMR), PCI, Urgences et Catastrophes
7. Renforcement de la communication et de la mobilisation sociale dans les formations sanitaires et dans la communauté

|   |
|---|
| <b>Stratégie 1 :Renforcement de la coordination, du partenariat, pour la SRMNIA (Groupe 2 de la page 29 à la page 32)</b> |
|---|

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Cible 1:</b> | D'ici fin 2020, le cadre de coordination impliquant tous les intervenants en matière de SRMNIA mis en place est fonctionnel à tous les niveaux |
|-----------------|--|

#### Interventions

- Renforcement de la coordination avec toutes les parties prenantes à tous les niveaux (central, régional, préfectoral et communautaire) avec obligation de redevabilité
- Mise en place d'une plateforme de concertation pour une meilleure collaboration entre les structures du MS (DNSFN, DPM, DNEHS, DNBM, DNPSC, PNPCSP, PNLN, PEV) et les autres départements (Education, Action Sociale, Promotion Féminine et de l'Enfance, MATD, etc.).
- Renforcement du cadre institutionnel de la SRMNIA

- Harmonisation des outils de gestion des programmes SRMNIA selon les directives nationales
- Elaboration des plans d'actions à tous les niveaux afin d'opérationnaliser le Plan SRMNIA
- Développement du partenariat public privé au tour de la SRMNIA

### Approches de mise en œuvre

Le renforcement du cadre institutionnel de la SRMNIA consistera à redynamiser et à renforcer le comité Multisectoriel d'action et de suivi de la FDR pour la mise en œuvre **et le suivi** du plan 2016-2020. Le renforcement du partenariat passe par : (i) la redynamisation des mécanismes de coordination de la mise en œuvre du plan SRMNIA ; (ii) la mise en place d'un comité de coordination opérationnelle à tous les niveaux (central, Régional, Préfectoral et communautaire); (iii) la formalisation des cadres de concertation intra et intersectorielle à tous les niveaux, conformément au PNDS. L'accent sera mis sur l'organisation des réunions régulières : semestrielles pour le forum des partenaires avec le ministre de la santé ou le Secrétaire général, trimestrielles pour le comité de coordination ; mensuelles en intra sectorielle pour les programmes impliqués en SR avec le DNSFN ; et hebdomadaire pour la DNSFN et les différents services et programmes de la direction.

### Stratégie 2: Amélioration du Financement de la SRMNIA

|                |   |
|----------------|---|
| <b>Cible 2</b> | D'ici fin 2020, le financement actuel de la SRMNIA est multiplié par 3 ou 4 |
|----------------|---|

#### Interventions

- Renforcement des capacités de mobilisation des ressources en faveur de la santé
- Mettre en place d'un système d'allocation efficace et équitable à tous les niveaux du système de santé
- Promouvoir les initiatives innovantes du financement de la SRMNIA en suscitant la contribution des auteurs secteurs économiques et des communautés par exemple

Mettre à jour des comptes et sous-comptes nationaux de santé, en tenant compte des besoins de la SRMNIA

### Approches de mise en œuvre

Un plan de plaidoyer sera développé pour la mobilisation des ressources internes. Toutes les opportunités de mobilisation des ressources seront mises à contribution par la sensibilisation des parlementaires, du gouvernement, de la société civile, des entreprises publiques et privées, et de la communauté. Aussi l'organisation d'une table ronde pour les partenaires et organismes de la coopération bi et multilatérale.

, Le Ministère veillera à la systématisation de la mise à jour et du suivi des comptes et sous-comptes de la santé.,

### Stratégie 3: Renforcement du système de S&E

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Cible: 3</b> | D'ici fin 2020, 90% des formations sanitaires transmettent régulièrement les données sur les principaux indicateurs de la SRMNIA |
| <b>Cible:4</b>  | D'ici fin 2020, les données factuelles de qualité, de routine, de la surveillance et des recherches en SRMNIA sont disponibles   |
| <b>Cible: 5</b> | D'ici fin 2020, 2 revues (à mi-parcours et finale) sont organisées   |
| <b>Cible: 6</b> | D'ici fin 2020, les supervisions formatives en SRMNIA sont régulièrement organisées à tous les niveaux                           |

### Interventions

- Renforcement de la surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles
- Organisation systématique des revues décès maternels, néonataux et infantiles suivis de ripostes
- Organisation de l'enquête SONU chaque cinq ans
- Organisation d'une enquête SMART sur la santé de reproduction tous les 2 à 3 ans
- Appui à l'organisation d'une enquête démographique et de santé (EDS)
- Elaboration d'un Plan de suivi évaluation du plan de la SRMNIA
- Elaboration des outils de suivi évaluation du plan et de supervision
- Renforcement des capacités des prestataires sur l'utilisation des outils de S&E et de supervision

- Systématisation de l'organisation des revues périodiques, annuelles, à mi-parcours et finale du plan stratégique
- Elargissement du SNIS au secteur privé, mixte et aux services de santé des armées
- Intégration des indicateurs de la surveillance des décès maternels et périnataux dans la SMIR
- Systématisation de la validation des données
- Renforcement de la communication intra et intersectorielle
- Mise en place d'un plan de supervision formative à tous les niveaux du système
- Développement de la recherche action en matière de santé maternelle, néonatale et infanto-juvéniles
- Financement du fonctionnement et des activités de suivi évaluation

### **Approches de mise en œuvre**

Le dispositif du plan de S&E élaboré mis en place permettra de fournir des informations pour l'amélioration des performances avec l'obligation de rendre compte sur les progrès accomplis vers l'atteinte des objectifs. Il s'agira non seulement de renforcer le système de surveillance épidémiologique avec la sero-surveillance sentinelle du VIH couplée à celle de la syphilis chez les femmes enceintes en collaboration avec le PNPCSP, la surveillance des décès maternels et périnataux, mais aussi de renforcer la supervision du système de collecte de routine, systématiser le contrôle et la validation des données, et organiser des revues périodiques. Les activités de recherche identifiées seront menées en collaboration avec les institutions de recherche. Un partenariat sera établi avec les institutions de formation, notamment la faculté de médecine et les écoles de formation en santé et développement pour la proposition des sujets de thèse et mémoire portant sur la santé maternelle, néonatale et infantile (qualité des soins, audits des décès maternels, enquêtes CAP, etc.). Le développement de toutes ces activités au niveau de la DNSFN permettra à terme de produire périodiquement un bulletin électronique trimestriel de la SRMNIA sur l'évolution des données épidémiologiques et les activités réalisées. Ce bulletin sera distribué au sein du ministère de la santé, à toutes les institutions nationales et internationales impliquées dans la mise en œuvre du plan SRMNIA. Pour assurer un système d'information performant, les outils de suivi évaluation du plan et de supervision, seront élaborés, harmonisés et alignés au PNDS. Ces outils seront édités, disséminés et utilisés dans la mise en œuvre de la FDR de la SRMNIA.

#### **Stratégie 4: Disponibilité des Ressources Humaines de qualité à tous les niveaux.**

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>Cible :<br/>7</b> | D'ici fin 2020, les ressources humaines de santé (RHS) de qualité sont disponibles dans au moins 60 % des formations sanitaires ciblées |
|----------------------|---|

#### **Interventions**

- Soutien au plan de développement des RHS élaboré en ciblant la SRMNIA
- Affectation des RHS mises à la disposition de la SRMNIA par les partenaires
- Contractualisation de certaines catégories de RH (sages-femmes, pédiatres, gynécobstétriciens)
- Contribution à la mise en place des mesures incitatives pour la rétention du personnel sur leur lieu de travail
- Elaboration et mise en œuvre des plans de formation et de supervision formative systématique et régulière en SRMNIA
- Contribution à la mise en place des mécanismes de certification et d'accréditation des formations sanitaires publiques et privées et des professionnels de santé en matière de SRMNIA
- Redynamisation de la fonctionnalité des différents ordres et associations professionnels de la santé en SRMNIA
- Plaidoyer pour la mise en place d'une structure nationale de gestion de qualité au Ministère de la Santé

#### **Approches de mise en œuvre**

L'approche pour rendre disponibles les RHS de qualité dans toutes les régions et préfectures sanitaires, consistera à (i) la mise en place d'un répertoire de tous les professionnels de santé de toutes catégories formés en SRMNIA, (ii) l'identification du gap en RHS, (iii) le redéploiement du personnel existant, (iv) le renforcement de leur effectif par les agents recrutés et mis à la disposition de la DNSFN, et (v) la mise en place des mesures incitatives pour leur maintien sur leur lieu d'affectation. Dans la stratégie de formation d'un nombre plus grand de prestataires, un plan de formation continue en SRMNIA sera élaboré, et la formation en cascade et in situ sera privilégiée, avec le développement des pools de formateurs nationaux et régionaux pour le renforcement des districts sanitaires. Un plaidoyer sera fait pour le développement des capacités des ressources humaines de santé dans les domaines de la pédiatrie, de la gynéco obstétrique, de l'anesthésiologie et de la psychologie clinique,

sans oublier les sages-femmes. Des mécanismes de certification et d'accréditation des formations sanitaires publiques et privées et des professionnels de santé en matière de SRMNIA seront envisagés ainsi que la redynamisation de la fonctionnalité des différents ordres et associations professionnels de la santé en SRMNIA. (fin travaux groupe 2)

**Stratégie5: Disponibilité d'équipements, de matériels médicaux et des médicaments essentiels pour la SRMNIA y compris la rénovation et la maintenance des équipements et des infrastructures**

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>Cible 8 :</b>  | D'ici fin 2020, les produits vitaux pour la santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant sont disponibles dans 100% des formations sanitaires ciblées                          |
| <b>Cible 9 :</b>  | D'ici fin 2020, le plateau technique des formations sanitaires et particulièrement des formations sanitaires SONU est renforcé pour l'offre des paquets d'interventions de SRMNIA |
| <b>Cible 10 :</b> | D'ici fin 2020, la capacité du CNTS et les 7 centres régionaux seront renforcées pour assurer la disponibilité des produits sanguins  |
| <b>Cible 11 :</b> | D'ici fin 2020, 50% des structures de SRMNIA sont rénovées et équipées  |

**Interventions**

- Développement et mise en œuvre d'un plan harmonisé de rénovation des infrastructures, d'acquisition et de distribution des équipements dans le cadre de la SRMNIA
- Renforcement des capacités d'approvisionnement, de stockage et de distribution des médicaments ,consommables et produits de santé de SRMNIA y compris des produits sanguins
- Renforcement du système de quantification des médicaments et intrants SRMNIA  
Renforcement des capacités du personnel des formations sanitaires dans la gestion des médicaments et intrants SRMNIA
- Renforcement du plateau technique des formations sanitaires pour l'offre des paquets d'interventions de SRMNIA
- Renforcement de la coordination des approvisionnements en produits et intrants SRMNIA
- Elaboration et mise en œuvre du plan national de maintenance des équipements, matériels et infrastructures de SRMNIA maternités

## Approches de mise en œuvre

La disponibilité des équipements, matériels médicaux et des médicaments essentiels pour la SRMNIA requiert leur gestion idoine tout le long de la chaîne d'approvisionnement, de stockage, de distribution et de dispensation. Aussi parmi les actions retenues, il y a (i) le renforcement du système de quantification des médicaments et intrants SRMNIA, (ii) le renforcement des capacités d'approvisionnement, de stockage et de distribution des médicaments, consommables et produits de santé de SRMNIA y compris des produits sanguins, (iii) le renforcement des capacités du personnel des formations sanitaires dans la gestion des médicaments et intrants SRMNIA, (iv) le renforcement de la coordination des approvisionnements en produits et intrants SRMNIA. En ce qui concerne l'amélioration des infrastructures et des équipements pour le développement des activités de la SRMNIA, les activités suivantes seront menées à savoir : (i) le développement et la mise en œuvre d'un plan harmonisé de rénovation des infrastructures, d'acquisition et de distribution des équipements en collaboration avec la DIEM, (ii) le renforcement du plateau technique des formations sanitaires pour l'offre des paquets d'interventions de SRMNIA. La maintenance préventive et curative étant le soutien du bon fonctionnement et de la longévité des infrastructures et équipements, soutien à la mise en œuvre du plan national de maintenance des équipements, matériels et infrastructures de SRMNIA en collaboration avec les différents partenaires et la DIEM.

## **Stratégie 6 : Renforcement de la qualité et de la couverture des interventions à haut impact sur la SRMNIA**

### ***6.1. : Planification Familiale (PF) : Amélioration de la prévalence contraceptive***

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>Cible 12 :</b> | D'ici fin 2020, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est passé de 7 % à 25 %                      |
| <b>Cible 13 :</b> | D'ici fin 2020, la prévalence des grossesses précoces chez les moins de 15 ans est réduite de 11 % à 5% <sup>22</sup>   |
| <b>Cible 14 :</b> | D'ici fin 2020, le nombre d'avortements provoqués a régressé chez les adolescentes de 15 % à moins de 10% <sup>23</sup> |

<sup>22</sup>EDS MICS 2012

<sup>23</sup> Rapport d'évaluation stratégique de la réduction des avortements , 2010

## Interventions

- Intégration de la PF dans toutes les formations sanitaires y compris les services de santé scolaire et universitaires, les structures de PEC du VIH et celles du secteur privé
- Intégration de l'approche PFPP/DIUPP dans les structures de santé
- Intégration de l'approche apprentissage individuel (AI) sur le site
- Mise à disposition des contraceptifs et intrants PF
- Renforcement de la communication et le counseling sur la PF dans les formations sanitaires et dans la communauté
- Renforcement de la communication sur les comportements à risques chez les ado-jeunes

## Approches de mise en œuvre

Les grossesses précoces et non désirées sont liées, entre autres déterminants, à l'ignorance, à la faible utilisation des méthodes de contraception, ainsi qu'à leur faible disponibilité. Aussi pour diminuer significativement leur fréquence, il est important d'améliorer la couverture des formations sanitaires offrant la PF, de rendre disponibles les contraceptifs, et renforcer la communication sur la promotion des services PF.

## **6.2. : Consultation prénatale recentrée :Renforcement de la qualité du suivi des grossesses avec la CPNr**

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Cible 15</b>  | D'ici fin 2020, l'utilisation des CPN est améliorée de 57 % à 80 %.(CPN4)                                      |
| <b>Cible 16:</b> | D'ici fin 2020, l'offre du paquet complet de la CPNr est assurée dans les formations sanitaires                |
| <b>Cible 17:</b> | D'ici fin 2020, au moins 80 % des femmes enceintes bénéficient d'un TPI conformément aux directives nationales |

## Interventions

- Actualisation et vulgarisation du document des normes et procédures en SRMNIA intégrant les nouvelles recommandations
- Application correcte des normes et procédure actualisées en CPNr
- Renforcement de l'offre du paquet complet de la CPNr
- Renforcement des capacités des prestataires en CPNr

### **Approches de mise en œuvre**

L'approche consistera à la vulgarisation des normes et procédures en SRMNIA intégrant les nouvelles recommandations, leur stricte application par les prestataires, et l'offre d'un paquet complet de CPNr aux femmes enceintes,

### **6.3 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH :Accélération de la mise à l'échelle des services intégrés SMNI /PTME/PECP**

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>Cibles 18:</b> | D'ici 2020, Réduire de 95% le taux de transmission de l'infection à VIH de la mère à son enfant |
| <b>Cible 19:</b>  | D'ici 2020, Réduire d'au moins 50% les décès maternels et infantiles liés au VIH/sida           |
| <b>Cible 20:</b>  | D'ici 2020, Accroître le nombre de sites PTME de 297 à 875                                      |

#### **Interventions :**

- Accélération de la mise à l'échelle de la PTME/PECP
- Extension de la couverture géographique des services intégrés de SMNI/PTME/PECP dans toutes les régions, préfectures et sous-préfectures
- Accélération de l'intégration du dépistage VIH comme composante intégrale des CPN dans toutes formations sanitaires publiques et privées offrant des CPN
- Renforcement de la disponibilité des réactifs de dépistage VIH, des traitements ARV dans les sites de PTME et de PEC
- Appui technique et financier du monitoring décentralisé des services de SMNI/PTME/PEC et SRAJ
- Supervision conjointe et intégrée des prestataires sur la SMNI/PTME/PEC et la SRAJ
- Accélération de l'intégration du diagnostic précoce, y compris par la PCR, dans le continuum de soins du couple mère enfants/renforcement l'accès aux services post-natals
- Intensification des interventions communautaires de communication ciblant les groupes vulnérables : femmes enceintes/mères, et leurs partenaires et les enfants exposés; les femmes en âge de procréer et cela dans les zones ayant les plus grands besoins non couverts de PTME et PECP

**Approches de mise en œuvre :**

La stratégie de mise en œuvre est basée sur des approches à base factuelle prenant en compte les disparités et les performances du programme et s'articule autour de deux axes clés qui sont l'accroissement de l'offre de service en quantité en qualité et la stimulation de la demande.

**6.3: Accouchement assisté, Soins essentiels du nouveau-né, Consultation postnatale, soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), SDMNR, FO :*****Renforcement de la qualité et de la couverture des SONU avec l'assistance par un personnel qualifié pendant l'accouchement, le post-partum***

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Cible 21</b>   | D'ici fin 2020, le taux d'accouchements assistés par le personnel qualifié est amélioré de 45 % à 64%                            |
| <b>Cible 22</b>   | D'ici fin 2020, le taux d'accouchements à domicile a régressé de 55 à 36 %   |
| <b>Cible 23</b>   | D'ici fin 2020, l'utilisation de la CPoNest améliorée de 37% à 80%   |
| <b>Cible 24</b>   | D'ici fin 2020, le taux de césariennes est porté de 2 % à 4 % au niveau national   |
| <b>Cible 25</b>   | Le nombre de structures SONUB est passé de 72 à 174, SONUC de 11 à 56  |
| <b>Cible 26</b>   | Le nombre d'hôpitaux régionaux capables de prendre en charge les fistules obstétricales est passé de 4 à 8                       |
| <b>Cible 27 :</b> | D'ici fin 2020, 80% décès maternels et 50% des décès néonataux ont été revue et ont bénéficié de riposte.                        |
| <b>Cible 28 :</b> | D'ici fin 2020, la surveillance des décès maternels et néonataux et riposte est intégré dans les curricula de formation initiale |
| <b>Cible 29 :</b> | D'ici fin 2020, le taux de référence pour la SRMNIA est passé de ...à 13%  |
| <b>Cible 30 :</b> | D'ici fin 2020, le taux de besoins satisfaits en SONU est amélioré de 12 à 50%   |
| <b>Cible 31</b>   | D'ici fin 2020, toutes les urgences et catastrophes en particulier celles relatives à la SRMNIA sont prises en charge            |

## **Interventions**

- Promotion de l'accouchement assisté par un personnel qualifié
- Promotion de la CPoN
- Renforcement des capacités des prestataires des hôpitaux des districts sanitaires
- Renforcement des capacités des RH dans la gestion des SONU à tous les niveaux
- Dotation des formations sanitaires SONUB et SONUC en médicaments, équipement adaptés et autres intrants nécessaires pour la gestion des périodes d'accouchement et du post-partum
- Promotion de la continuité des soins entre le domicile et les formations sanitaires
- Renforcement des mécanismes de supervision formative des prestataires dans les formations sanitaires SONU
- Renforcement des mesures de gratuité des soins obstétricaux
- Equipement des hôpitaux régionaux pour la prise en charge des fistules obstétricales
- intégration de l'approche AI sur site
- Renforcement de la surveillance des décès maternels, néonataux et riposte
- Intégration de la surveillance des décès maternels, néonataux et riposte dans les curricula de formation des écoles de santé et de médecine
- Organisation d'un système de référence et contre référence pour les urgences obstétricales dans toutes les structures sanitaires ;
- Exploitation et utilisation du réseau de communication, notamment la téléphonie mobile dans l'organisation de la référence
- Sensibilisation des prestataires et de la communauté sur les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement, le post-natal, la référence et contre référence
- Appui des initiatives communautaires de transport des femmes enceintes ou enfants malades vers les formations sanitaires à travers le syndicat des transporteurs, les mutuelles de santé et les MURIGA
- Organisation de la prise en charge des urgences et catastrophes de la SRMNIA

## **Approches de mise en œuvre**

- L'approche consistera à (i) rendre disponible dans les formations sanitaires SONU un personnel qualifié, (ii) renforcer ces formations sanitaires en intrants pour l'accouchement, et (iii) améliorer leur accessibilité et acceptabilité par la promotion des accouchements assistés et le renforcement des mesures de gratuité ; (iv) Renforcer la SDMNR

dans les établissements de soins et dans la communauté ; (v) Intégrer la SDMNR dans les curricula de formation initiale des écoles de santé et de médecine.

Il s'agira de mettre en place un système de référence fonctionnel liant de manière efficace les structures et prestataires des différents niveaux de soins avec des supports d'information pour une PEC rapide, une gestion efficace des complications maternelles, néonatales et infantiles, et un renforcement de la continuité et la qualité des soins. Afin de réduire les problèmes en rapport avec les retards et faciliter la PEC à temps des accouchements, des complications et urgences obstétricales, le renforcement de la référence et contre référence consistera à (i) réaliser la cartographie des structures publiques, privées et confessionnelles assurant les accouchements et capables de prendre en charge ces urgences, (ii) doter les structures de référence en ambulances et en matériel de téléphonie mobile pour faciliter la communication, et (iii) mettre en place les mécanismes de leur utilisation. Dans la quête d'efficacité et d'efficience, un monitoring sera réalisé au niveau de chaque formation sanitaire impliquée sur la gestion de ces ambulances et la prise en charge des cas référés. Un renforcement des capacités des prestataires sera réalisé ; (iv) Sensibiliser les prestataires et la communauté sur les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement, le post-natal, la référence et contre référence ; (v) Appuyer les initiatives communautaires de transport des femmes enceintes ou enfants malades vers les formations sanitaires à travers le syndicat des transporteurs, les mutuelles de santé et les MURIGA.

#### **6.4.: Soins essentiels au nouveau-né : Renforcement de la qualité des soins essentiels au nouveau-né.**

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>Cible 32 :</b> | D'ici fin 2020, l'offre des soins essentiels du nouveau-né de qualité est assurée                             |
| <b>Cible 33</b>   | D'ici fin 2020, la proportion des formations sanitaires offrant la méthode Kangourou est portée de 15 à 400 . |
| <b>Cible 34</b>   | D'ici fin 2020, l'initiation précoce à l'allaitement maternel est améliorée de 16% à 80%                      |

## Interventions

- Renforcement des compétences du personnel en soins essentiels du nouveau-né (SENN), y compris la réanimation du nouveau-né
- Amélioration du plateau technique des formations sanitaires pour l'offre des SENN (équipement, matériel, et consommables)
- Développement de 38 unités de néonatalogie dans les hôpitaux régionaux
- Développement de 174 coins de nouveau-nés dans les formations sanitaires SONU
- Vulgarisation normes et standards en SRMNIA
- Renforcement des capacités des agents communautaires, des familles et des communautés pour améliorer les pratiques de soins au nouveau-né à domicile.

## Approches de mise en œuvre

L'approche consistera à : (i) renforcer le plateau technique matériel et humain en matière des soins essentiels du nouveau-né, (ii) renforcer les compétences du personnel en soins essentiels du nouveau-né (SENN), y compris la réanimation du nouveau-né ; (iv) Développer 38 unités de néonatalogie dans les hôpitaux préfectoraux/CMC ; (v) Développer 174 coins de nouveau-nés dans les formations sanitaires SONUB ; (vi) Vulgariser les normes et standards en SRMNIA ; (vii) Renforcer les capacités des agents communautaires et des familles pour améliorer les pratiques de soins au nouveau-né à domicile.

## ***6.5: Santé reproductive et sexuelle des adolescents et jeunes :Amélioration de l'accès des adolescents et jeunes à des services adaptés à leurs besoins du point de vue santé, éducation, emploi et information***

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Cible 35</b> | D'ici fin 2020, Les paquets de services adaptés aux adolescents et jeunes sont intégrés dans les structures publiques et privées   |
| <b>Cible 36</b> | D'ici fin 2020, La collaboration multisectorielle dans la PEC globale des problèmes de santé et développement est renforcée        |
| <b>Cible 37</b> | D'ici fin 2020, la demande et l'utilisation des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes sont augmentées                |
| <b>Cible 38</b> | D'ici fin 2020, les meilleures pratiques dans les domaines de la santé et développement des adolescents et jeunes sont vulgarisées |

## Interventions

- Renforcement des capacités des prestataires en santé et développement des adolescents et jeunes y compris la lutte contre la stigmatisation des ado/jeunes dans les structures
- Renforcement de la collaboration multisectorielle dans la PEC globale des problèmes de santé et développement
- Amélioration du plateau technique des formations sanitaires pour l'offre des services adaptés aux adolescents et jeunes
- Intégration des paquets de services adaptés aux adolescents et jeunes dans les structures publiques et privées
- Vulgarisation des meilleures pratiques dans les domaines de la santé et développement des adolescents et jeunes

## Approches de mise en œuvre

L'approche consistera à : (i) renforcer les structures, le plateau technique, matériel et humain en matière de santé et développement des ado/jeunes, (ii) renforcer les compétences du personnel en santé et développement des adolescents et jeunes ; (iv) Vulgariser les meilleures pratiques dans les domaines de la santé et développement des adolescents et jeunes; (v) Intégrer les paquets de services adaptés aux adolescents et jeunes dans les structures publiques et privées ; (vi) Renforcer la collaboration multisectorielle dans la PEC globale des problèmes de santé et développement en impliquant les structures des autres départements tels que la jeunesse, l'action sociale, l'éducation, la justice, ainsi que la société civile etc.

### ***6.6. NUTRITION : Renforcement de la nutrition selon le cycle de vie***

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Cible 39:</b> | D'ici fin 2020, réduire le taux de malnutrition chronique de 26 à 20%. |
| <b>Cible 40:</b> | D'ici fin 2020, le taux de malnutrition aigüe passera de 5 à 2 %.      |

## Interventions

- Mise à l'échelle d'activités à haut impact (Allaitement maternel, alimentation de complément, lutte contre les carences en micronutriments, déparasitage de masse)
- Organisation des semaines mère-enfants, campagnes de supplémentation en Vit A des enfants de 6 à 59 mois et le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois;
- Promotion de l'allaitement maternel (mise au sein précoce, allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, poursuite de l'allaitement jusqu'à 24 mois)
- Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB)

- Initiative Communautaire Amis des Bébé (ICAB)
- Promotion de la diversification pour les aliments locaux
- Renforcement des compétences du personnel de santé public et privé pour une meilleure prise en charge des cas de malnutrition.
- Renforcement des capacités des agents de santé communautaires sur le dépistage, la référence et le suivi de la PEC des cas de malnutrition dans le cadre du paquet intégré communautaire.
- Mise en œuvre des activités d'habilitation communautaire (mères, gardiens d'enfants, adolescents et jeunes, personnes âgées, etc.)
- Utilisation des médias publics, privés, communautaires, modernes et traditionnels dans le cadre de la promotion de la nutrition.
- Plaidoyer à tous les niveaux pour l'appui aux activités de nutrition selon le cycle de vie.

### **Approches de mise en œuvre**

L'approche consistera à (i) l'amélioration des compétences des agents de santé et des agents de santé communautaire et surtout des supervisions formatives intégrées, (ii) l'amélioration des pratiques familiales et communautaires à travers le renforcement du partenariat entre la communauté et les formations sanitaires, et l'implication des leaders iii) la promotion des comportements clés favorables à la survie et au développement de l'enfant dans les familles et les communautés par la communication interpersonnelle et médiatique.

### **6.7. PCIMNE: Renforcement de la PCIMNE clinique et communautaire.**

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Cible 41 :</b> | D'ici fin 2020, la proportion des formations sanitaires menant des activités de PCIMNE clinique est portée de 60 à 85% |
| <b>Cible 42 :</b> | D'ici fin 2020, le nombre de districts menant des activités de PCIMNE communautaire passe de 26 à 75%                  |
| <b>Cible 43</b>   | D'ici fin 2020, le nombre de premiers contacts est passé de 1.5 à 4 contacts par enfant et par an.                     |

### **Interventions**

- Développement des activités de PCIMNE clinique dans 90% des formations sanitaires
- Mise en œuvre des activités du paquet intégré PCIMNE dans 75 % des communautés.
- Appui à l'organisation des campagnes supplémentaires de vaccination

- Renforcement des compétences du personnel, des ASC et des communautés
- Renforcement de la PEC pédiatrique du VIH;
- Mise en œuvre des activités d'habilitation communautaire (mères, gardiens d'enfants, ...)
- Utilisation des médias publics, privés, communautaires, modernes et traditionnels dans le cadre de la promotion des comportements clés favorables à la survie et au développement de l'enfant dans les familles et les communautés.
- Plaidoyer à tous les niveaux pour l'appui aux activités à la PCIMNE pour les enfants de moins de 5 ans.

### **Approches de mise en œuvre**

L'approche consistera à (i) l'amélioration de la performance du programme ; des compétences des agents de santé et des agents de santé communautaire par la formation, et surtout des supervisions formatives intégrées, (ii) fourniture en équipements et intrants (iii) l'amélioration des pratiques familiales et communautaires à travers l'habilitation et le renforcement du partenariat entre la communauté et les formations sanitaires dans les prestations des soins ainsi que les activités de promotion de la santé pour les pratiques des comportements clés dans les familles et les communautés.

### **6.8. Violence Basée sur le Genre (VBG) : Assurer l'objectif TOLERANCE ZERO aux Mutilations Génitales Féminines et aux violences basées sur le genre.**

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Cible : 44</b> | D'ici fin 2020, 100% des VBG seront prises en charge et 0 excision dans les formations sanitaires. |
|-------------------|--|

### **Interventions**

- Développement des mécanismes de prise en charge psychosociale et médico-légale des violences faites aux femmes et aux enfants
  - Renforcement des mesures interdisant l'excision dans les structures de santé et application des sanctions contre les agents contrevenants.
  - Recensement des organisations communautaires éligibles pour développer les activités de promotion et d'appui à la lutte contre les MGF
  - Plaidoyer auprès des autorités pour la mise en place des structures de prise en charge des victimes et l'application des sanctions contre les auteurs.

- Développement des activités de communication pour la lutte contre les VBG à tous les niveaux.

**Approches de mise en œuvre :** L'approche consistera à : i) organiser des campagnes de sensibilisation en direction des autorités, sanitaires, communautaires et des populations, sur les MGF/excision, les violences basées sur le genre (VBG) et leurs conséquences sur la santé des filles et des femmes, ii) Appuyer l'application des textes juridiques et réglementaires en faveur de l'abandon des MGF/E ; iii) Prendre en charge les victimes de VBG au sein des formations sanitaires publiques et privées et dans les communautés

**Stratégie 7: Renforcement de la communication et de la mobilisation sociale dans les formations sanitaires et dans la communauté. Accroître la demande de services SRMNIA à tous les niveaux : communautaires, activités programmables (PS et CS), services cliniques (centres de santé et hôpitaux).**

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Cible 45</b>   | D'ici fin 2020, 80% des populations ont une meilleure connaissance des services de SRMNIA pour une utilisation accrue. |
| <b>Cible 46 :</b> | D'ici fin 2020, 80% des femmes connaissent les signes de danger pendant la grossesse                                   |
| <b>Cible 47:</b>  | D'ici fin 2020, au moins 60% de la population scolaire et non scolaire adopte des comportements favorables à la SRMNIA |
| <b>Cible 48:</b>  | D'ici fin 2020, l'implication des communautés dans la SRMNIA est renforcée   |

#### **Interventions**

- Renforcement des capacités des agents de santé, des agents de santé communautaires, et des organisations à base communautaire pour la reconnaissance des signes de danger (lors de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum) en vue de l'orientation des femmes vers les structures de soins;
- Organisation des visites à domicile pour relancer les femmes enceintes à la CPN, les parturientes à la CPoN, et les mères des enfants malnutris à l'éducation et récupération nutritionnelle
- Elaboration d'un plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources
- Mobilisation de la communauté pour le don du sang

- Mobilisation et renforcement des capacités de la communauté, des organisations de la société civile, des ONG/associations, des confessions religieuses, des réseaux des PVVIH pour leur implication dans la SRMNIA, le plaidoyer pour l'amélioration du statut de la femme (éducation des filles, alphabétisation des femmes, activités génératrices de revenus, respect des droits de la femme etc.).

### **Approches de mise en œuvre**

Pour son efficacité, l'approche de communication combinera les différents canaux (communication interpersonnelle, le dialogue communauté –prestataires de soins, les médias de masse /NTIC) et autres stratégies pertinentes. Les actions seront développées prioritairement dans les domaines d'action suivants : (i) le plaidoyer pour renforcer l'engagement des leaders/ élus locaux en vue de susciter la mobilisation des ressources de l'Etat et celles des partenaires pour la SRMNIA, des appuis techniques, ainsi que la participation et l'engagement des communautés (ii) la promotion des services disponibles en SRMNIA, (iii) le renforcement des capacités et des compétences en communication des prestataires et des agents de santé communautaires, (iv) la mobilisation sociale pour l'adhésion et l'implication des communautés et des partenaires aux activités et campagnes à mener telles que le don de sang pour assurer la disponibilité des produits sanguins, ou de distribution des MILDA, des campagnes de communication pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles ainsi que le cancer du col et du sein.

Les approches novatrices de mobilisation sociale seront aussi mises en œuvre pour s'assurer de l'implication de tous les acteurs de terrain. Il s'agit notamment de la paire éducation en milieu scolaire et non scolaire, du plaidoyer à travers la CARMMA et les parlementaires. Les interventions de communication pour le changement de comportement étant transversales, soutiendront chacun des axes stratégiques du plan, pour l'augmentation de la demande de soins et services (prévention, traitement et surveillance en SRMNIA). Toutes ces interventions seront appuyées par des messages et matériels éducatifs et promotionnels.

## 4.4. Cadre Logique

| <b>But</b>  | <b>Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population</b>  |                       |                |             |             |             |             |                           |   |                        |   |   |
|---|---|-----------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------|---|------------------------|---|---|
| <b>Objectifs Généraux</b>   | <b>d'ici fin 2020 :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Réduire la mortalité maternelle de 724 à 517/100000 NV,</li> <li>2. Réduire la mortalité néonatale de 33 à 21/1000</li> <li>3. Réduire la mortalité infantile de 67 à 47/1000</li> <li>4. Réduire la mortalité infanto-juvénile de 123 à 77/1000</li> <li>5. Réduire les comportements à risque en SRMNIA, particulièrement chez les adolescents (e)s et les jeunes.</li> </ol> |                       |                |             |             |             |             |                           |   |                        |   |   |
| <b>Stratégie I</b>  | <b>Renforcement de la Gouvernance, la coordination et du partenariat pour la SRMNIA</b>   |                       |                |             |             |             |             |                           |   |                        |   |   |
| <b>Actions</b>  | <b>Don-<br/>nées ini-<br/>tiales<br/>2016</b>   | <b>Cible<br/>2020</b> | <b>Période</b> |             |             |             |             | <b>Respon-<br/>sables</b> | <b>Résultats At-<br/>tendus</b>             | <b>Coûts<br/>(USD)</b> | <b>Sources de fi-<br/>nancement</b>                         | <b>Partenaires</b>  |
|   |   |                       | <b>2016</b>    | <b>2017</b> | <b>2018</b> | <b>2019</b> | <b>2020</b> |                           |   |                        |   |   |
| 1.1 Redynamisation du cadre de Concertation /coordination Multi-sectoriel d'action et de suivi de la FDR 2016-2020                  | 0   | 1                     | X              |             |             |             |             | DNSFN                     | comité Multi-sectoriel d'action fonctionnel |                        | BND   | MATD, MASPFE, M.EDUCATION OMS ; UNICEF ; UNFPA ; HSD ;UE ; GIZ SE/CNLS ; M. Jeunesse ; M. Communication ; M. Défense ; M. Eco-finance |
| 1.2 Organisation de réunions trimestrielles du comité Multisectoriel d'action et de suivi   | 0   | 18                    | 2              | 4           | 4           | 4           | 4           | SGle                      | 18 réunions du Comité organisées            |                        | BND   | MATD, MASPFE, M.EDUCATION OMS ;UNI-CEF ;UNFPA ; HSD; UE ; GIZ; SE/CNLS M. Défense ; M. Eco-finance                                    |
| 1.3 Organisation des réunions trimestrielles des comités régionaux multisectoriels d'Action et de suivi de la mise en œuvre du plan | 0   | 144                   | 16             | 32          | 32          | 32          | 32          | DRS/ DSVCO                | 144 réunions du Comité organisées           |                        | DRS Partenaires de la Région (OMS, UNICEF, USAID, AFD, GIZ) | Directions Régionales sectorielles, Maire et Partenaires de la région   |

| Actions   | Données initiales 2016 | Cible 2020 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Responsables | Résultats attendus  | Coûts | Sources de financement  | Partenaires  |
|---|------------------------|------------|------|------|------|------|------|--------------|---|-------|---|--|
| 1.4 Organisation des réunions trimestrielles des comités préfectoraux multisectoriels d'Action et de suivi de la mise en œuvre du plan  | 0                      | 684        | 76   | 152  | 152  | 152  | 152  | DPS/DCS      | 684 réunions du Comité organisées                         |       | DPS<br>Partenaires des préfectures (OMS, UNICEF, USAID, AFD, GIZ) | Directeurs Préfectoraux DCS, Maire et Partenaires de la préfecture             |
| 1.5 Mise en place d'une plateforme de concertation pour une meilleure collaborat. entre les structures du ministère impliquées en SRMNIA (DNSFN, DNEHS, DNPSC, DNPL, PNPCSP, PEV, PTME, PNLP, etc.)   | 0                      | 1          | X    |      |      |      |      | DNSFN        | Plateforme de concertation mise en place et fonctionnelle |       | BND   | -  |
| 1.6 Elaboration des PAO annuel de mise en œuvre à tous les niveaux au total 452 (central, Régional ; Préfectoral et S/Pref/Communauté)  | 452                    | 2260       | 452  | 452  | 452  | 452  | 452  |              | 2260 PAO sont élaborés et exécutés                        |       | BND OMS ; UNCEF ; UNFPA ; USAID ; UE ; GIZ ; BM ; AFD             | OMS ; UNCEF ; UNFPA ; HSD ; GIZ ; BM ; Autorités administratives ; élus locaux |
| 1.7 Elaboration/Actualisation édition /dissémination des documents de politique de la SRMNIA (SR ; Alimentation / nutrition ; Promotion de la sante....)  | 5                      | 20         | X    | X    |      |      |      | DNSFN        | documents de politique révisés et disséminés              |       | BND ; OMS ; UNCEF ; UNFPA ; USAID ; UE ; GIZ ; BM ; AFD           | Ministères sectoriels SE/CNLS OMS ; UNCEF ; UNFPA ; HSD ; UE ; GIZ ; BM ;      |
| 1.8 Elaboration/Actualisation édition /dissémination des documents de stratégie de la SRMNIA (Survie Enfant ; Alimentation/Nutrition ; Communication PEV ; NP en SR ; Programme MSR ; IEC en SR ; gratuité des soins obstétricaux et néonataux) | 0                      | 7          | X    | X    |      |      |      | DNSFN        | 7 documents de Strategierevisés et disséminés             |       | BND OMS ; UNCEF ; UNFPA ; USAID ; UE ; GIZ ; BM ; AFD             | Ministères sectoriels SE/CNLS OMS ; UNCEF ; UNFPA ; HSD ; UE ; GIZ ; BM ;      |

| Actions  | Données initiales 2016                  | Cible 2020 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Responsables                  | Résultats attendus                                      | Coûts | Sources de financement                                  | Partenaires   |
|--|---|------------|------|------|------|------|------|-------------------------------|---|-------|---|---|
| 1.9 Elaboration/Actualisation édition /dissémination des Guides/normes de la SRMNIA (SRDM et Riposte, PCIMNE Communautaire, Messages éducatifs Réduction MNIAJ, Adojeunes, PTME....) | 1                                       | 20         | X    | X    |      |      |      | DNSFN                         | 3 Guides révisés et disséminés                          |       | BND ; OMS ; UNCEF ; UNFPA ; USAID ; UE ; GIZ ; BM ; AFD | Ministères sectoriels SE/CNLS OMS ; UNCEF ; UNFPA ; USAID ; UE ; GIZ ; BM ; |
| 1.10 Renforcement du cadre instit . de la SRMNIA (Fonction., Logistique, Conférences d'échange, supervision mise en œuvre) tous niveaux  | ND                                      | 90%        | X    | X    | X    | X    | X    | DNSFN                         | Le cadre institutionnel de la SRMNIA est renforcé       |       | BND ; OMS ; UNCEF ; UNFPA ; USAID ; UE ; GIZ ; BM ; AFD | Mini sect. SE/CNLS OMS ; UNCEF ; UNFPA ; HSD ; UE ; GIZ ; BM ; AFD          |
| 1.11 Développement du partenariat public privé au tour de la SRMNIA  | 0                                       | 5          | X    | X    | X    | X    | X    | SG<br>DNSFN<br>DNPL,D<br>NEHS | Le partenariat public privé est renforcé en SRMNIA      |       | BM,UE, Coopération Bilat                                | Ministère de la santé et autres Departementsministeriels                    |
| <b>Stratégie II</b>  | <b>Financement adéquat de la SRMNIA</b> |            |      |      |      |      |      |                               |   |       |   |   |
| 2.1 Elaboration d'un plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources financières internes et externes  | 0                                       | 1          | X    |      |      |      |      | DNSFN                         | Un plan de plaidoyer est disponible et exécuté          |       | BND ; OMS ; UNCEF ; UNFPA ; USAID ; UE ; GIZ ; BM       | BSD ; DNSC ; DNEHS ; Ministère Economie Finance ; Societe Civile ;          |
| 2.2 Organisation des tables rondes de mobilisation de fonds auprès des bailleurs et PTFs   | 0                                       | 2          | X    |      | X    |      |      | DNSFN                         | 2 tables rondes de mobilisation de ressources Réalisées |       | OMS ; UNCEF ; UNFPA ; USAID ; UE ; GIZ ; BM             | Ministère Economie-Finance OMS ; UNCEF ; UNFPA ; HSD ; UE ; GIZ ; BM ;      |
| 2.3 Allocation de 25 % du budget de la sante sur une ligne budgétaire spécifique de la SRMNIA  | .....                                   | 4fois      | X    | X    | X    | X    | X    | DAF/MS                        | 25% du budget de la sante est alloué à la SRMNIA        |       | BND ; OMS ; UNCEF UNPA ; USAID ; UE ; GIZ ; BM          | Ministère Economie-Finance OMS ; UNCEF ; UNFPA ; HSD ; UE ; GIZ ; BM ;      |

| Actions   | Données initiales 2016 | Cible 2020 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Responsables | Résultats attendus   | Coûts | Sources de financement  | Partenaires   |
|---|------------------------|------------|------|------|------|------|------|--------------|--|-------|---|---|
| 2.4 Mise en place d'un système d'allocation efficace et équitable des ressources a tous les niveaux du système de santé(système de la mise à jour et du suivi des comptes et sous comptes de la sante, cadre des dépenses a moins termes et consolidation des PAO budgétisés) | 0                      | 1          | X    | X    | X    | X    | X    | S.GI /MS     | système d'allocation efficace et équitable des ressources est mis en place |       | MS, Ministère Economie-Finance OMS ; UNICEF ; UNFPA ; USAID ; UE ; GIZ ; BM | Ministère Economie-Finance OMS ; UNICEF ; UNFPA ; USAID ; UE ; GIZ ; BM ; |
| 2.5 Evaluation semestriellement de la mise en œuvre des mesures de gratuité et d'exemption pour la SRMNIA   | 0                      | 9          | 1    | 2    | 2    | 2    | 2    | DNSFN        | 9 rapports d'évaluations   |       | BND ; OMS ; UNICEF ; UNFPA ; USAID ; UE ; GIZ ; BM                          | DAF/ BSD/ DNEHS, Partenaires ; DMR ; COSAH, Communauté                    |
| 2.6 Mise en place de fonds d'achat des prestations de santé de la mère et de l'enfant de moins de 5 ans (étude sur le dispositif actuel du recouvrement des couts/ et gratuité; étude de faisabilité du dispositif de fond d'achat)   | 0                      | 1          |      | X    |      |      |      | S.Gle /MS    | Fond d'achat des prestations mis en place                                  |       | BND ; UNICEF AFD ; OMS USAID ; BM GIZ ; UE ; AFD                            | UNICEF AFD ; OMS USAID ; BM, GIZ ; UE ; AFD ; MASPFE ; Societe Civile     |
| 2.7 Soutien au développement de la politique nat. de protection sociale et la mise en place des instruments de M  | 0                      | 1          | X    | X    | X    | X    | X    | S.Gle /MS    | Politique nationale de protection sociale soutenue                         |       | BND ; UNICEF AFD ; OMS USAID ; BM GIZ ; UE                                  | MASPFE, UNICEF, AFD ; OMS, USAID ; BM GIZ ; UE                            |
| 2.8 Renforcement des capacités des gestionnaires et prestataires sur la gestion admin. et financière. (84 formateurs régions/Préfect ; 410 CS ; 43 hôpitaux/cmc; 338 PS ; Vagues d'au moins ; 25 participants et 2 formateurs Préfect.)                                       | 0                      | 875        | 84   | 275  | 300  | 216  |      | DAF / DNSFN/ | 875 gestionnaires/ prestataires sont formes en gestion AF                  |       | BND ; UNICEF; AFD OMS ;USAID BM ; GIZ ; UE                                  | UNICEF ; AFD OMS ; HSD BM ; GIZ ; UE ; DPS ; DRS                          |

| Actions  | Données initiales 2016  | Cible 2020 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Responsables | Résultats attendus   | Coûts | Sources de financement                              | Partenaires  |
|--|---|------------|------|------|------|------|------|--------------|--|-------|---|--|
| <b>Stratégie III</b>   | <b>Renforcement du système de planification- suivi- évaluation de la SRMNIA</b> |            |      |      |      |      |      |              |  |       |   |  |
| 3.1 Elaboration d'un plan de S&E du PSN SRMNIA 2016-2020   | 0   | 1          | X    |      |      |      |      | DNSFN        | plan de S&E du PSN SRMNIA disponible   |       | BND<br>UNICEF ; AFD<br>OMS ; USAID<br>BM ; GIZ ; UE | BSD/ MS<br>UNICEF ; AFD<br>OMS ; HSD<br>BM ; GIZ UE                  |
| 3.2 Production, diffusion et mise à disposition à tous les niveaux, les outils de collecte des données d'information sanitaire sur la SRMNIA   | 0   | X ? outils | X    | X    | X    | X    | X    | DNSFN        | Outils de gestion/ collecte produits et mis à disposition à tous les niveaux |       | BND<br>UNICEF ; AFD<br>OMS ; USAID<br>BM ; GIZ ; UE | BSD/ MS<br>UNICEF ; AFD<br>OMS ; HSD<br>BM ; GIZ ; UE ;<br>DPS ; DRS |
| 3.3 Formation des prestataires à l'utilisation des supports de collecte de données (24 vagues de 25 participants)  | 0   | 600        | 300  | 300  |      |      |      | DNSFN        | 600 prestataires formés  |       | BND<br>UNICEF ; AFD<br>OMS ; USAID<br>BM ; GIZ ; UE | BSD/ MS<br>UNICEF ; AFD<br>OMS ; HSD<br>BM ; GIZ ; UE<br>DPS ; DRS   |
| 3.4 Organisation de la formation des agents chargés de la collecte, au traitement et à l'analyse des données à tous les niveaux (CS, Hôpitaux Gestionnaires DPS /DRS)(Vagues de 25 participants) | 0   | 524        | 225  | 299  |      |      |      | DNSFN        | 524 prestataires formés  |       | BND<br>UNICEF ; AFD<br>OMS ; USAID<br>BM ; GIZ ; UE | BSD/ MS<br>UNICEF ; AFD<br>OMS ; HSD<br>BM ; GIZ ; UE ;<br>DPS ; DRS |
| 3.5 Renforcement de la base de données informatisée de la SRMNIA à la DNSFN  | 1   | 1          | X    |      |      |      |      | DNSFN        | Base de données disponibles  |       | BND, UE,<br>UNICEF,<br>OMS, USAID,<br>UNFPA,        | Min Plan, BSD,<br>UNICEF, OMS ;<br>AFD, UNFPA, UE                    |
| 3.6 Elaboration d'un plan de supervision formative de la SRMNIA  | 0   | 1          | X    |      |      |      |      | DNSFN        | Plan de supervision formative élaboré  |       | BND ; UE,<br>UNICEF,<br>OMS, UNFPA,<br>USAID        | BSD  |

| Actions   | Données initiales 2016 | Cible 2020 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Responsables          | Résultats attendus  | Coûts | Sources de financement                         | Partenaires   |
|---|------------------------|------------|------|------|------|------|------|-----------------------|---|-------|--|---|
| 3.7 Organisation de 2 réunions semestrielles de validation des données au niveau central  | 0                      | 9          | 1    | 2    | 2    | 2    | 2    | DNSFN                 | Données semestrielles SRMANIA validées                                |       | BND ; UNIEF<br>OMS ; UE<br>UNFPAU-<br>SAID,    | BSD, DPS ;<br>DRS<br>UNICEF<br>AFD ; OMS<br>USAID ; BM<br>GIZ ; UE, |
| 3.8 Organisation des supervisions formatives intégrées des prestataires des soins de SRMNIA à tous les niveaux  | 0                      | 57         | 9    | 12   | 12   | 12   | 12   | DNSFN;D<br>RS,DPS     | Rapports de supervisions disponibles ; recommandations mises en œuvre |       | BND; UNI-<br>CEF, OMS,UN<br>FPA,USAID,<br>UE   | Autres directions<br>du MS concer-<br>nées                          |
| 3.9 Appui technique et financier des recherches opérationnelles sur des thématiques ciblées de la SRMNIA  | 0                      | 3          |      | 1    |      | 2    |      | DNSFN,<br>BSD         | Resultats de 3 recherches disponibles et utilisés                     |       | BND,UNICEF,<br>OMS,UN-<br>FPA,USAID,U<br>E     | Universités,<br>DNHES, DNSC   |
| 3.10 Organisation des enquêtes :(séro-surveillance sentinelle du VIH/syphilis tous les 2 ans chez les femmes enceintes :2016 et 2019 ; une enquête nutritionnelle SMART 2017) | 0                      | 3          | 1    | 1    |      | 1    |      | DNSFN,<br>BSD<br>CNLS | 3 enquêtes de, sont effectuées  |       | BND,UNICEF,<br>OMS,UN-<br>FPA,USAID,<br>UE     | Universités,<br>DNHES, DNSC ;<br>ONUSIDA                            |
| 3.11 Organisation des évaluations annuelles du plan stratégique national SRMNIA   | 0                      | 5          | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | DNSFN,<br>BSD         | Resultats des enquêtes annuelles sont disponibles et utilisés         |       | BND,<br>UNICEF,<br>OMS,<br>UNFPA,<br>USAID, UE | Universités,<br>DNHES, DNSC<br>UNICEF, OMS,<br>UNFPA, USAID,<br>UE  |
| 3.12 Réalisation d'une revue à mi-parcours du planstratégique national SRMNIA   | 0                      | 1          |      |      | 1    |      |      |                       | Résultat de l'enquête annuelle estdisponible et utilisé               |       | BND,<br>UNICEF,<br>OMS,<br>UNFPA,<br>USAID, UE | Universités,<br>DNHES, DNSC<br>UNICEF, OMS,<br>UNFPA, USAID,<br>UE  |

| Actions   | Données initiales 2016  | Cible 2020 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Responsables | Résultats attendus  | Coûts | Sources de financement             | Partenaires   |
|---|---|------------|------|------|------|------|------|--------------|---|-------|------------------------------------|---|
| 3.13 Réalisation d'une 1 évaluation finale du plan              | 0   | 1          |      |      |      |      | 1    | DNSFN, BSD   | Résultats de l'enquête sont disponibles et utilisés                 |       | BND, UNICEF, OMS, UNFPA, USAID, UE | Universités, DNHES, DNSC ; UE UNI-CEF,OMS,UN-FPA,HSD, Communauté  |
| 3.14 Produire un bulletin électronique trimestriel de la SRMNIA | 0   | 17         | 1    | 4    | 4    | 4    | 4    | DNSFN, BSD   | 17 bulletins électroniques trimestriels sont produits et disséminés |       | BND, UNICEF, OMS, UNFPA, USAID, UE | Universités, DNHES, DNSC ; UE UNI-CEF,OMS,UN-FPA, HSD, Communauté |
| <b>Stratégie IV</b>   | <b>Disponibilité des Ressources Humaines de qualité à tous les niveaux.</b> |            |      |      |      |      |      |              |   |       |                                    |   |
|   |   |            |      |      |      |      |      |              |   |       |                                    |   |
|   |   |            |      |      |      |      |      |              |   |       |                                    |   |
|   |   |            |      |      |      |      |      |              |   |       |                                    |   |

| Actions   | Données initiales 2016 | Cible 2020 |      |      |      |      |      | Res-pon-sabl-es | Résultats attendus   | Coûts | Sources de financement                                   | Partenaires  |
|---|------------------------|------------|------|------|------|------|------|-----------------|--|-------|--|--|
|   |                        |            | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |                 |  |       |  |  |
| 4.1 Renforcement des capacités institutionnelles de gestion des ressources humaines en SRMNIA                           | 1                      | 2          | X    | X    | X    | X    | x    | DNS<br>FN       | Les capacités institutionnelles de gestion des ressources humaines en SRMNIA sont renforcées |       | MS, OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM, UE<br>USAID, GIZ       | DRH, BSD<br>METEFPT<br>OMS,<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM, UE,<br>USAID, GIZ                  |
| 4.2 Redéploiement des RHS mises à la disposition de la SRMNIA   | 1                      | 452        | x    |      | x    |      |      | DNS<br>FN       | Les RHS de la SRMNIA sont redéployées dans 452 structures                                    |       | MS   | DRH, BSD<br>MFPREMA  |
| 4.3 Contractualisation de (sages-femmes, pédiatres, gynéco-obstétriciens) de SRMNIA                                     | 144                    | 800        | X    | X    | X    | X    | x    | DNS<br>FN       | 800(sages-femmes, pédiatres, gynéco-obstétriciens) de SRMNIA sont contractualisés            |       | MS<br>OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM<br>UE<br>USAID<br>GIZ | DRH, BSD<br>MFPREMA<br>OMS,<br>UNICEF<br>UNFPA, BM,<br>UE, USAID<br>GIZ                  |
| 4.4 Mise en place d'un système de fidélisation des RH de la SRMNIA  | 0                      | 1          |      | x    |      |      |      | DAF             | Le système de fidélisation des RH est mis en place   |       | MS<br>MEF<br>MB<br>GIZ                                   | DRH, BSD<br>DNSFN<br>MEF, MB<br>MFPREMA<br>GIZ   |
| 4.5 Elaboration et Mise en œuvre des plans de formation et de supervision formative systématique et régulière en SRMNIA | 0                      | 1          | X    | X    | X    | X    | x    | DNS<br>FN       | Le plan est mis en œuvre   |       | MS<br>OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM<br>UE<br>USAID<br>GIZ | DRH, BSD,<br>IPPS<br>MESRS<br>METETFP<br>OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM, UE,<br>USAID, GIZ |

| Actions   | Données initiales 2016  | Cible 2020            | Années |      |      |      |      | Res-pon-sabl-es       | Résultats attendus   | Coûts | Sources de financement   | Partenaires  |
|---|---|-----------------------|--------|------|------|------|------|-----------------------|--|-------|--|--|
|   |   |                       | 2016   | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |                       |  |       |  |  |
| 4.6 Mise en place des mécanismes de certification et d'accréditation des formations sanitaires publiques et privées et des professionnels de santé en matière de SRMNIA | 0   | 1                     |        | X    | X    | X    | x    | DNS<br>FN             | Le mécanisme de certification et d'accréditation est mis en place                      |       | MS<br>GIZ<br>OMS<br>UNICEF<br>UNFPA                            | DRH, BSD<br>IPPS, MESRS,<br>METETFP<br>OMS, UNICEF<br>UNFPA<br>BM, UE,<br>USAID                                |
| 4.7 Redynamisation de la fonctionnalité des différents ordres et associations professionnels de la santé en SRMNIA  | 0   | 10                    |        | X    | x    | X    | X    | DNS<br>FN             | Les ordres et associations professionnels de la santé sont fonctionnels                |       | MS, OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM, UE<br>USAID, GIZ             | DRH, BSD<br>DNSFN, MJ<br>OMS,<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM, UE<br>USAID, GIZ                                       |
| <b>Stratégie 5</b>  | <b>Disponibilité d'équipements, de matériels médicaux et des médicaments essentiels pour la SRMNIA y compris la rénovation et la maintenance des équipements et des infrastructures</b> |                       |        |      |      |      |      |                       |  |       |  |  |
| 5.1 Soutien à la mise en œuvre d'un plan harmonisé de rénovation des infrastructures.   | 11 SONUC<br>72 SONUB  | 28 SONUC<br>205 SONUB | X      | X    | X    | X    | x    | DIE<br>M<br>DNS<br>FN | Le plan harmonisé de rénovation est mis en œuvre                                       |       | MS, MEF<br>MB, OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM, UE<br>USAID, GIZ  | OMS,<br>UNICEF, UN-<br>FPA<br>BM, UE,<br>USAID, GIZ<br>DNSFN,<br>DNEHS,<br>DAF, BSD                            |
| 5.2 Renforcement des capacités d'approvisionnement, de stockage et de distribution des médicaments et de consommables de SRMNIA   | 11 SONUC<br>72 SONUB  | 56 SONUC<br>410 SONUB | X      | X    | x    | X    | x    | DNP<br>L              | Les médicaments et de consommables de SRMNIA sont disponibles dans 100% des structures |       | MS, MEF,<br>MB, OMS<br>UNICEF<br>UNFPA, BM<br>UE, USAID<br>GIZ | DNSFND-<br>NEHS<br>DNPSC<br>PCG, DRS<br>DPS, BSD<br>UNICEF<br>UNFPA, BM,<br>UE<br>JPHIGO<br>SIAPS, CRS,<br>GIZ |

| Actions   | Données initiales 2016       | Cible 2020                   | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Respon-<br>sabl<br>es | Résultats attendus  | Coûts | Sources de<br>financement   | Partenaires   |
|---|------------------------------|------------------------------|------|------|------|------|------|-----------------------|---|-------|---|---|
|   |                              |                              |      |      |      |      |      |                       |   |       |   |   |
| 5.3 Renforcement des capacités logistique technique et humaines de production, de conservation et distribution de 1 CNTS 7 CRTS 11 SONUC                            | 1 CNTS<br>7 CRTS<br>11 SONUC | 1 CNTS<br>7 CRTS<br>49 SONUC | X    | X    | X    | X    | x    | CNT<br>S              | Les produits sanguins sont disponibles dans les 57 structures de transfusion sanguine |       | MS<br>MEF<br>MB<br>OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM<br>UE<br>USAID<br>GIZ | DNSFN<br>DNEHS<br>DNPSC<br>PCG, DRS<br>DPS, BSD<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM, UE<br>JPHIGO<br>SIAPS, CRS,<br>GIZ  |
| 5.4 Renforcement de la promotion du don de sang à travers la communication, la sensibilisation et l'appui aux associations des donateurs volontaires et bénévoles ; | 0                            | 1 CNTS<br>7 CRTS<br>49 SONUC | X    | X    | X    | X    | x    | CNT<br>S              | Disponibilité du sang et les donateurs volontaires et bénévoles sont appuyés          |       | MS<br>MEF<br>MB<br>OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM<br>UE<br>USAID<br>GIZ | DNSFN<br>DNEHS<br>DNPSC<br>PCG, DRS<br>DPS, BSD<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM, UE<br>JPHIGO<br>SIAPS, CRS,<br>GIZ  |
| 5.4 Renforcement du système de quantification des médicaments et intrants de SRMNIA   | 1                            | 20                           | X    | X    | X    | X    | x    | DNP<br>L              | Les besoins en médicament sont estimés  |       | MS<br>MEF<br>MB<br>OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM<br>UE<br>USAID<br>GIZ | DNSFN<br>DNEHS<br>DNPSC<br>PCG, DRS,<br>DPS, BSD<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM, UE<br>JPHIGO<br>SIAPS, CRS,<br>GIZ |

| Actions   | Données initiales 2016       | Cible 2020                  | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Respon-<br>sabl<br>es | Résultats attendus   | Coûts | Sources de<br>financement   | Partenaires  |
|---|------------------------------|-----------------------------|------|------|------|------|------|-----------------------|--|-------|---|--|
|   |                              |                             |      |      |      |      |      |                       |  |       |   |  |
| 5.5 Renforcement des capacités du personnel des formations sanitaires dans la gestion des médicaments et intrants de SRMNIA | 245                          | 452                         | X    | X    | X    | X    | x    | DNP<br>L              | la capacité des 452 formations sanitaires sont renforcées en gestion des médicaments |       | MS<br>MEF<br>MB<br>OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM<br>UE<br>USAID<br>GIZ | DNSFN<br>DNEHS<br>DRH, BSD<br>DNPSC<br>PCG, DRS<br>DPS,<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM, UE<br>JPHIEGO<br>SIAPS, CRS,<br>GIZ<br>OMS |
| 5.6 Renforcement du plateau technique des formations sanitaires pour l'offre des paquets d'interventions de SRMNIA          | 11 SO-<br>NUC<br>72<br>SONUB | 28<br>SONUC<br>205<br>SONUB | X    | x    | X    | X    | x    | DIE<br>M              | Le plateau technique de 233 structures sanitaires de SRMNIA est renforcé             |       | MS<br>MEF<br>MB<br>OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM<br>UE<br>USAID<br>GIZ | DNSFN<br>DNEHS<br>DNPSC<br>DNPL, PCG<br>DRS, DPS<br>BSD,<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM, UE<br>JPHIEGO<br>GIZ                      |
| 5.7 Renforcement de la coordination des approvisionnements en produits et intrants SRMNIA                                   | 1                            | 20                          | X    | x    | X    | x    | x    | DNP<br>L              | La chaîne d'approvisionnement en produit et intrants est renforcée                   |       | MS<br>MEF<br>MB<br>OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM<br>UE<br>USAID<br>GIZ | DNSFN<br>DNEHS<br>DNPSC<br>PCG, DRS<br>DPS, BSD<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM, UE<br>JPHIEGO<br>SIAPS<br>CRS, GIZ                 |

| Actions   | Données initiales 2016  | Cible 2020 |      |      |      |      |   | Respon-<br>sabl<br>es | Résultats attendus   | Coûts | Sources de<br>financement   | Partenaires   |
|---|---|------------|------|------|------|------|---|-----------------------|--|-------|---|---|
|   |   | 2016       | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |   |                       |  |       |   |   |
| 5.8 Contribution à la mise en œuvre du plan national de maintenance des équipements, matériels et infrastructures de SRMNIA   | 1   | 1          | X    | X    | X    | X    | X | DIE<br>M<br>DNS<br>FN | La maintenance pré-ventive et curative des équipements, matériels et infrastructures de SRMNIA est assurée |       | MS<br>MEF<br>MB<br>OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM<br>UE<br>USAID<br>GIZ | DNSFN<br>DNEHS<br>DNPSC<br>PCG, DRS<br>DPS, BSD<br>UNICEF<br>UNFPA<br>BM, UE, GIZ |
| <b>Stratégie 6</b>  | <b>Renforcement de la qualité et de la couverture des interventions à haut impact sur la SRMNIA :CPNR, Accouchements assistés,CPoN, SONUB, SONUC y compris transfusion sanguine, reference et contre reference, RDMNR, PTME, Cancer du col , FO, Urgences et catastrophes</b> |            |      |      |      |      |   |                       |  |       |   |   |
| A1 : Augmentation de la couverture en CPNr (formation, suivi post formation, intrants, sensibilisation, suivi - évaluation, supervision...)   | 57%   | 85%        | X    | X    | X    | X    | X | DNSFN<br>PNMSR        | La couverture en CPN est augmentée   |       | OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, BM, UE,                                    | DRS, DPS, OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, BM, UE                                       |
| A2 : Augmentation du taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié (formation, suivi post formation, partogramme, GATPA, équipement, sensibilisation, suivi - évaluation, supervision...) | 45%   | 64%        | X    | X    | X    | X    | X | DNSFN<br>PNMSR        | Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est amélioré                                      |       | OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, BM, UE,                                    | DRS, DPS, OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, BM, UE                                       |
| A3 : Promotion des Consultation Post-natales (formation, suivi post formation, intrants, sensibilisation, suivi - évaluation, supervision...)   | 37%   | 80%        | X    | X    | X    | X    | X | DNSFN<br>PNMSR        | Le taux de consultation post-nat. est augmenté   |       | OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, BM, UE,                                    | DRS, DPS, OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, BM, UE                                       |
| A4 : Développement des SONUB dans les centres de santé (formation, suivi post formation, équipements, suivi - évaluation, supervision...)   | 72  | 174        | X    | X    | X    | X    | X | DNSFN<br>PNMSR        | SONUB dans les centres de santé sont fonct.  |       | OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, BM, UE,                                    | DRS, DPS, OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, BM, UE                                       |

| Actions   | Données initiales 2016 | Cible 2020 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Respon-sables         | Résultats attendus  | Coûts | Sources de financement             | Partenaires                                 |
|---|------------------------|------------|------|------|------|------|------|-----------------------|---|-------|------------------------------------|---|
| A5 : Développement des SONUC dans les structures de référence (formation, suivi post formation, équipements, suivi - évaluation, supervision...)  | 16                     | 56         | X    | X    | X    | X    | X    | PNMSR<br>NSFN CTN     | Les SONUC sont développés dans les structures de référence  |       | OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, BM, UE, | DRS, DPS, OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, BM, UE |
| A6 : Amélioration de la disponibilité du sang et des produits sanguins (formation, équipements CNTS et 7 CRTS, promotion du don de sang)  | 0                      | 8          | X    | X    | X    | X    | X    | DNSFN<br>CNTS<br>DNPL | Le CNTS et 7 centres régionaux de transfusion sanguines sont fonctionnelles   |       | OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, BM, UE  | DRS, DPS, OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, BM, UE |
| A7 : Organisation d'un système de référence et contre référence pour les urgences obstétricales dans toutes les structures sanitaires (téléphonie mobile/Rapid Pro, sensibilisation, ambulance, mutuelles de santé /MURIGA) | ND                     | 13%        | X    | X    | X    | X    | X    | DNSFN                 | Un système de référence et contre réf. pour les urgences obstétric. dans toutes les structures sanitaires est organisé et est fonction. |       | OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, BM, UE, | DRS, DPS, OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, BM, UE |
| A8 : Renforcement de la surveillance des décès maternels, néonataux et riposte dans les structures sanitaires et la communauté (formation, suivi post formation, sensibilisation, suivi-évaluation)                         | 17                     | 38         | X    | X    | X    | X    | X    | DNSFN                 | La surveillance des décès maternels, néonataux et riposte renforcé  |       | OMS, UNFPA, UNICEF, BM, UE,        | DRS, DPS, OMS, UNFPA, UNICEF, BM, UE        |

| Actions  | Données initiales 2016 | Cible 2020 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Responsables                                | Résultats attendus   | Coûts | Sources de financement                   | Partenaires                          |
|--|------------------------|------------|------|------|------|------|------|---|--|-------|--|--------------------------------------|
| A9 : Intégration de la surveillance des décès maternels, néonataux et riposte dans les curricula de formation des écoles de santé et de médecine (élaboration du curriculum de formation en SDMR, formation, supervision)  | 0                      | 100%       | X    | X    | X    | X    | X    | DNSFN                                       | La surveillance des décès maternels./néonatal/riposte dans les curricula de formation des écoles de santé/médecine |       | OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, BM, UE, PNMSR | DRS, DPS, OMS, UNFPA, UNICEF, BM, UE |
| A10 : Intégration de la prévention et de la prise en charge du cancer du col dans les structures sanitaires (formation, suivi post formation, dépistage, équipement, supervision, intrants, consommables, médicaments et vaccination, )  | ND                     | 50%        | X    | X    | X    | X    | X    | DNSFN<br>Responsable centre de cancérologie | les structures sanitaires sont intégrées en dépistage du cancer du col   |       | OMS, UNFPA                               | DRS, DPS, OMS, UNFPA                 |
| A11 : Renforcement de la disponibilité et des compétences des ressources humaines à tous les niveaux   | ND                     | ???        | X    | X    | X    | X    | X    | DNSFN                                       | La disponibilité et la compétence des RH sont renforcées   |       | OMS, UNICEF,                             |                                      |
| A12 : Accroître l'offre de services SMNI/PTME en quantité et en qualité (compléter les éléments manquants du paquet de PTME dans les sites de PTME existant, étendre dans les sites existant, FS privées, Offre de services intégrés SMNI/PTME en stratégie avancée, Contractual. FBR) | 297                    | 875        | X    | X    | X    | X    | X    | DNSFN, PTME,                                | Les Femmes et les enfants mis sous ARV sont prises en charge   |       | OMS, UNICEF, USAID, BM, UE               | MS, OMS, UNICEF, USAID, BM, UE       |
| A13 : Augment. de la demande des services par la population (développ  | 17%                    | 50%        | X    | X    | X    | X    | X    | DNSFN, PTME,                                | L'utilisation des services est accrue  |       | OMS, UNICEF, USAID, BM, UE               | MS, OMS, UNICEF, USAID, BM, UE       |

| des documents de formation et supports de communication SMNI/PTME/PECP et la SDAJ)  |  |  |      |      |      |      |      |  |  |       |   |  |
|---|--|--|------|------|------|------|------|--|--|-------|---|--|
| Actions   | Données initiales 2016   | Cible 2020                                     | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Responsables   | Résultats attendus   | Coûts | Sources de financement  | Partenaires  |
| A14 : Mise en place d'un dispositif efficace de rapportage des données communautaires (S&E des interventions comm. en SMNI/PTME/PEC et SDAJ y compris promotion et soutien à la documentation et la dissémination des bonnes pratiques)   | ND   | 95%  | X    | X    | X    | X    | X    | DNSFN, PTME,   | Le taux de transmission de l'infect. à VIH de la mère à l'enfant est réduit de 95%               |       | OMS, UNICEF, USAID, BM, UE  | MS, OMS, UNICEF, USAID, BM, UE   |
| A15 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des fistules obstétricales dans les hôpitaux Régionaux (équipement des structures, formation des chirurgiens, anesthésistes et infirmières, sensibilisation sur la CPN et l'accouchement assisté, formation et équipement des agents communautaires) |  | 1500   | 150  | 450  | 300  | 300  | 300  | DNSFN, Engender Health, Amref Heath Africa, Agfo/SME et WAHA | -Les fistules obstétricales sont éliminées<br>-Le nombre d'hôpitaux Régionaux est passé de 4 à 8 |       | BND, USAID, UNFPA, Engender Health, Amref Heath Africa, Agfo/SME et, WAHA | USAID, UNFPA, Engender Health, Amref Heath Africa, Agfo/SME et, WAHA             |
| A16 : Organisation de la prise en charge des urgences et catastrophes de la SRMNIA  |  |  | X    | X    | X    | X    | X    | SG<br>DNSFN<br>DN prevention                                 | Les urgences et catastrophes sont prises en charge en SRMNIA                                     |       | BND<br>PTF  | MS<br>Autres Departements  |
| <b>Stratégie 6</b>  | <b>Renforcement de la qualité et de la couverture des interventions à haut impact sur la SRMNIA : Ado jeunes</b> |  |      |      |      |      |      |  |  |       |   |  |
| A1 Intégration de la SRAJ et enfants de plus de 5 ans dans les structures de soins, les écoles, les CECOJE, les CAAF et les NAFA (Formation, équipements, médicaments, intrants et consommables et supports de formation des agents de santé et agents communautaires en santé et développement des ado/jeunes)   | 40%  | 100% (205 CS 100 Centres Jeunes 60 structures) | X    |      |      |      |      | DNSFN<br>Adojeunes   | Couverture en services de santé adaptés aux ado/jeunes améliorée                                 |       | MS, OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>GIZ, USAID<br>BM, UE, AFD                   | OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>GIZ, BM<br>UE, AFD<br>MJ, MASPFE<br>MEPUA, SNPS<br>ONG |



| Actions   | Données initiales 2016 | Cible 2020                          | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Responsables       | Résultats attendus   | Coûts | Sources de financement  | Partenaires  |
|---|------------------------|-------------------------------------|------|------|------|------|------|--------------------|--|-------|---|--|
| A2 Renforcement des capacités des prestataires, pairs éducateurs et agents communautaires en santé des adolescents et jeunes y compris la CCC | 0                      | 820 ASC, 228 PE, 2050 agents commun |      | x    | x    |      |      | DNSFN<br>Adojeunes | Compétences des prestataires et agents communautaires renforcées |       | MS, OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>USAID<br>BM, UE, AFD              | OMS, UNICEF<br>UNFPA,<br>USAID, BM,<br>UE, AFD, GIZ<br>ONG   |
| A3 Augmentation de l'utilisation des services par les ado/jeunes (communication et dialogue)  | 31%                    | 70%                                 | X    | X    | X    | X    | x    | DNSFN<br>Adojeunes | Utilisation des services SRAJ améliorée                          |       | MS<br>OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>GIZ<br>USAID<br>BM<br>UE<br>AFD | OMS<br>UNICEF<br>UNFPA<br>GIZ, BM, UE<br>AFD, MJ<br>MASPFE<br>MEPUA, MATD<br>SNPS, ONG<br>Leaders religieux et communautaires  |
| A4 Mise en place et animation d'une plateforme de concertation des acteurs et intervenants en SRAJ  | 0                      | 1                                   | X    | X    | X    | X    | x    | DNSFN<br>Adojeunes | Plateforme de concertation fonctionnelle                         |       | MS, OMS<br>UNICEF,<br>UNFPA, GIZ<br>USAID, BM<br>UE, AFD        | OMS, UNICEF<br>UNFPA<br>GIZ, BM, UE<br>AFD, MJ<br>MASPFE<br>MEPUA,<br>MATD, SNPS<br>ONG<br>Leaders religieux et communautaires |

| Actions   | Données initiales 2016   | Cible 2020  | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Respon-sables            | Résultats attendus                               | Coûts | Sources de fi-nancement               | Partenaires   |
|---|--|---|------|------|------|------|------|--------------------------|--|-------|---------------------------------------|---|
| <b>Stratégie 6 :</b>  | <b>Renforcement de la qualité et de la couverture des interventions à haut impact sur la SRMNI A : Nutrition</b> |   |      |      |      |      |      |                          |  |       |                                       |   |
| A1 Mise à l'échelle d'activités à haut impact (Allaitement maternel, alimentation de complément, lutte contre les carences en micronutriments, déparasitage de masse, continuum de soins 1000 jours,) Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) Initiative Communautaire Amis des Bébé (ICAB), PE-CIMA |  |   | X    | X    | X    | X    | x    | DNSFN<br>INSE<br>DAN     | Mise à l'échelle des interventions à haut impact |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UE<br>UNFPA | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UNFPA<br>PASA<br>BM<br>GIZ      |
| A2 Redynamisation des 38 Unités Nutritionnelles dans les hôpitaux et 410 CS de prise en charge des cas de malnutrition modérée, aigue et chronique (38 CRENI ; 410 CRENAS ; 925 CRENAM)   | 38   | 38<br>CRENI<br>410<br>CRE-<br>NAS<br>925<br>CRE-<br>NAM | X    | X    | X    | X    | x    | DNSFN<br><br>INSE<br>DAN | Les unités nutri-tionnelles sont opérationnelles |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UE<br>UNFPA | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UNFPA<br>PASA<br>BM<br>GIZ      |
| <b>Stratégie 6 : Renforcement de la qualité et de la couverture des interventions à haut impact sur la SRMNI A : VBG</b>  | <b>Renforcement de la qualité et de la couverture des interventions à haut impact sur la SRMNI A : VBG</b>       |   |      |      |      |      |      |                          |  |       |                                       |   |
| A1. Prise en charge de 100% des victimes de VBG au sein des formations sanitaires publiques et privées et dans les communautés  | ND   | 100%  | X    | X    | X    | X    | x    | DNSFN<br>Homme/Fem       | Toutes les victimes de VBG sont prises en charge |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UE<br>UNFPA | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>FONDS<br>NDIAL<br>GIZ<br>MASPFE |

| Actions   | Données initiales 2016 | Cible 2020    | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Responsables       | Résultats attendus  | Coûts | Sources de financement                       | Partenaires   |
|---|------------------------|---------------|------|------|------|------|------|--------------------|---|-------|--|---|
| A2 Renforcement des mesures interdisant l'excision dans les structures de santé et application des sanctions contre les agents contrevenants.             | 30%                    | 0%            | X    | X    | x    | X    | x    | DNSFN<br>Homme/Fem | zéro excision dans les FS   |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UE<br>UNFPA        | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>FONDS<br>NDIAL<br>GIZ<br>MASPFE |
| <b>Stratégie 6 : Renforcement de la qualité et de la couverture des interventions à haut impact sur la SRMNIA : SENN, PCIMNE, Vaccination</b>             |                        |               |      |      |      |      |      |                    |   |       |  |   |
| A1. Création des coins du nouveau-né fonctionnels dans 8 maternités des hôpitaux supplémentaires et 313 centres de santé                                  | 97 CS<br>20 H          | 313 CS<br>8 H | X    | X    | X    | X    | x    | DNSFN<br>INSE      | Les coins de nouveaux nés sont créés dans dans les formations sanitaires      |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UE<br>UNFPA        | UNICEF<br>OMS<br>HSD<br>PASA                              |
| A2. Mise en place de 32 unités de néonatalogie dans 32 hôpitaux supplémentaires et renforcement du plateau technique de 6 unités de néonatalogie existant | 6<br>6                 | 32<br>6       | X    | X    | X    | X    | x    | DNSFN<br>INSE      | les unités de néonatalogie opérationnelles<br>6 plateaux techniques renforcés |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UNFPA<br>EU<br>GIZ | UNICEF<br>OMS<br>HSD<br>AMREF<br>PASA                     |
| A3. Formation des prestataires de 32 maternités sur les soins essentiels du nouveau-né, à raison d'au moins 2 prestataires par maternité en 3 sessions    | 12                     | 64            | X    | X    | X    | X    | x    | DNSFN<br>INSE      | Les prestataires sont formés en SENN  |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UNFPA              | UNICEF<br>OMS<br>UNFPA<br>PASA<br>HSD<br>AMEF             |

| Actions   | Données initiales 2016    | Cible 2020                         |      |      |      |      |      | Respon-sables   | Résultats attendus  | Coûts | Sources de fi-nancement               | Partenaires  |
|---|---------------------------|------------------------------------|------|------|------|------|------|-----------------|---|-------|---------------------------------------|--|
|   |                           |                                    | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |                 |   |       |                                       |  |
| A4. Développement des activités de PCIMNE clinique dans 1373 formations sanitaires (formations ; équipements, fournitures)                                | 410 CS<br>33 H<br>0 PS    | 410 CS<br>38 H<br>925 PS           | X    | X    | X    | X    | x    | DNSFN<br>PCIMNE | les forma-tions sani-tairesdéve-loppent la PCIMNE cli-nique                   |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>BM          | UNICEF<br>OMS<br>BM<br>HSD<br>AMREF<br>UNFPA       |
| A5. Extension de l'enseignement de la PCIMNE dans 38 écoles santé de base privées   | 6 écoles santé<br>1 FMPOS | 38 écoles de Santé privées         | X    | X    | X    | X    | x    | DNSFN<br>PCIMNE | Enseigne-ment de la PCIMNE dans écoles de santé pu-blique et pri-vées         |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>BM<br>PASA  | UNICEF<br>OMS<br>BM<br>HSD                         |
| A6. Développement des activités de PCIMNE communautaires/ paquet intégré dans x communau-tés / villages (formations ; équipe-ments, fournitures)          | 410 aires CS              | 410 aires de CS et 925 aires de PS | X    | X    | X    | X    | x    | DNSFN<br>PCIMNE | La PCIMNE Communa-taire est dé-veloppée dans les vil-lagesautour des CS et PS |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UE<br>UNFPA | UNICEF<br>OMS<br>BM<br>HSD                         |
| A7. Adoption et intégration des stan-dards de performance y compris la prévention et le contrôle de l'in-fecton (SBMR en SONU, PF, PI, PCIMNE, Nutrition) |                           |                                    | X    | X    | X    | X    | x    | DNSFN           |   |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UE<br>UNFPA | UNICEF<br>OMS<br>UNFPA<br>BM<br>USAID<br>JK<br>HKI |
| A8. Organisation des mois et jour-nées nationales et internationales en appui à la SRMNIA   | 0                         | 5 Mois<br>25 jour-nées             | X    | X    | X    | X    | x    | DNSFN           | Les journées nationales et internatio-nales eysont organisées                 |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UE<br>UNFPA | UNICEF<br>OMS<br>UNFPA<br>BM, USAID,<br>HKI, GIZ   |

| Actions  | Données initiales 2016   | Cible 2020   | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Respon-<br>sables      | Résultats attendus   | Coûts | Sources de fi-<br>nancement           | Partenaires  |
|--|--|--|------|------|------|------|------|------------------------|--|-------|---------------------------------------|--|
|  |  |  |      |      |      |      |      |                        |  |       |                                       |  |
| A9.Soutien à l'organisation des campagnes de vaccination des enfants de 6 à 59 mois et de supplémentation en Vit A des enfants de 6 à 59 mois et le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois et semaine mere-enfant  | 0  | 20<br>10   | X    | X    | X    | X    | x    | PEV<br>DNSFN           | Les cam-<br>pagnes de<br>vaccination<br>et de sup-<br>plémenta-<br>tion et de<br>déparasita-<br>ge organi-<br>sées   |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UE<br>UNFPA | UNICEF<br>OMS<br>UNFPA<br>BM<br>USAID<br>JK<br>HKI |
| <b>Stratégie VII</b>   | <b>Renforcement de la communication et de la mobilisation sociale dans les formations sanitaires et dans la communauté</b> |  |      |      |      |      |      |                        |  |       |                                       |  |
| 7.1 Organisation des campagnes de sensibilisation de la communauté en appui à la SRMNIA (les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, à l'utilisation des MILDA pour les femmes enceintes et enfants les avantages de la vaccination, lutte contre le tabac, l'alcool et la drogue, VBG, etc.....) et des émissions TV/Radio en appui à la SRMNIA en faveur des 5 communes de Conakry et des 33 préfectures. | 0  | 60<br>1335<br>aires de<br>CS et<br>PS<br>200<br>émis-<br>sions<br>TV /Ra-<br>dio | X    | X    | X    | X    | x    | SNPS<br>DNSFN          | les cam-<br>pagnes or-<br>ganisées<br>dans les vil-<br>lages<br>autours des<br>CS et PS<br>développent<br>des activités<br>de CCC<br>avec des<br>émissions<br>TV /Radio<br>réalisées |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UE<br>UNFPA | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>FONDS<br>NDIAL<br>GIZ    |
| 7.2 Formation de 1500agents de santé (structures sanitaires publiques privées), 5000 ASC et de 10000 membres des associations et organisations à base communautaire (OBC) en techniques de communication pour une demande et une utilisation accrue de la SRMNIA   | 0  | 1500 AS<br>et 5000<br>ASC<br>10000<br>membres                                    | X    | X    | X    | X    | x    | SNPS / Pro-<br>grammes | 5410 AS et<br>ASC<br>10000<br>membres<br>formés en<br>appui en<br>SRMNIA   |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UE<br>UNFPA | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>GIZ                      |

| Actions  | Données initiales 2016 | Cible 2020                             | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Respon-sables | Résultats attendus  | Coûts | Sources de fi-nancement               | Partenaires                   |
|--|------------------------|--|------|------|------|------|------|---------------|---|-------|---------------------------------------|-------------------------------|
| 7.3 Organisation de 4 campagnes annuelles de communication en appui au don de sang par les communautés.  | 0                      | 20                                     | X    | X    | X    | X    | x    | SNPS/CNTS     | 20 cam-pagnes de don de sang organisées   |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UE<br>UNFPA | UNICEF<br>OMS<br>USAID        |
| 7.4 Appui à l'élaboration de la stratégie et d'un plan intégré de communication (PIC) en appui à la SRMNIA   | 0                      | 1 stratégie de commu-nication<br>1 PIC | X    | X    | X    | X    | x    | SNPS          | 1 stratégie-decommuni-caumunica-tion et 1 PIC disponibles   |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UE<br>UNFPA | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>GIZ |
| 7.5 Equipement de la DNSFN et des directions préfectorales de la santé de matériel audio et vidéo (haut-parleur, microphone, télévi-seur, mégaphone, caméra et ac-cessoires.);   | 0                      | 1 et 38                                | X    | X    | X    | X    | x    | DNSFN<br>SNPS | Matériel au-dio-vidéo disponible  |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UE<br>UNFPA | UNICEF<br>OMS<br>USAID        |
| 7.6 Elaboration et production et dis-tribution ou dissémination de 20000 supports de communi-cation (guides de messages, af-fiches, dépliants, boîtes à images, prospectus) dans tous les do-maines de la SRMNIA et de 5 types de supports audio-vidéo en appui à la SRMNIA (SOE, SONU, Néonatal; PCIMNE ; Ado/ jeunes | 0                      | 20 000                                 | X    | X    | X    | X    | x    | DNSFN<br>SNPS | 20 000 guides de messages, affiches, dé-pliants, boîtes à images, prospectus<br>5 types de supports au-dio-vidéo élaborés, produits et disséminés |       | UNICEF<br>OMS<br>USAID<br>UE<br>UNFPA | UNICEF<br>OMS<br>USAID        |

## **V. CADRE DE MISE EN OEUVRE**

Le présent plan stratégique, aligné sur le PNDS 2015- 2024 et le Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé 2015-2017, est sous la responsabilité du Ministère en charge de la santé pour sa mise en œuvre. Celle-ci exige, entre autres conditions, le soutien des autorités tant politiques qu'administratives, ainsi que des partenaires de la coopération bi et multilatérale, de la société civile et du secteur privé, ainsi que la collaboration des secteurs connexes

### **5.1. STRUCTURES ET ORGANES DE MISE EN ŒUVRE**

Pour la mise en œuvre de ce plan, les structures et organes mis en place dans le cadre de la FDR pour la coordination aux différents niveaux, et le suivi de sa mise en œuvre seront renforcés. Il s'agit du comité Multisectoriel d'action et de suivi du plan et des comités régionaux et préfectoraux multisectoriels d'Action et de suivi de la mise en œuvre du plan. Ces structures veilleront au suivi de son avancement à travers les plans opérationnels annuels y découlant.

#### **Au niveau central**

La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN) coordonne la mise en œuvre et le suivi-évaluation de ce plan. Ce travail se fera sous la tutelle du Secrétariat général à la Santé qui assurera la mobilisation des ressources humaines, financières et matérielles nécessaires. Un comité de coordination, dont les membres seront nommés par le ministre, et le secrétariat assuré par la DNSFN sera mis en place pour assurer le suivi de la mise en œuvre du plan

#### **Au niveau intermédiaire et opérationnel**

Les Directeurs Régionaux de la Santé et les Equipes Cadre des préfectures sanitaires seront responsables de la mise en œuvre du plan. Ils assureront la coordination des activités, la supervision des agents et le suivi des différents indicateurs. Les partenaires du Ministère de la santé impliqués dans la promotion de la santé de la mère et de l'enfant seront associés aux différents niveaux de l'exécution du plan.

## **5.2. Suivi de la mise en œuvre et évaluation**

Le suivi de la mise en œuvre se fera aux différents niveaux du système de santé. Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont ceux définis dans le point 5.3 (cibles). Les équipes cadres des préfectures sanitaires seront chargées du suivi de la mise en œuvre effective des activités dans leurs districts sanitaires respectifs. Elles veilleront à la collecte et au traitement des données nécessaires pour le suivi des indicateurs. Les différents cadres de concertation existant au niveau des préfectures sanitaires seront mis à profit pour discuter de l'exécution du présent plan. Les équipes des Directions Régionales de la Santé seront chargées de la coordination au niveau régional de la mise en œuvre des activités de ce Plan. Elles seront chargées de la synthèse des données au niveau régional pour le calcul des indicateurs de suivi. Les cadres de concertation seront mis à profit pour discuter de la mise en œuvre du plan.

### **Supervision et monitoring des activités**

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Il sera élaboré par niveau un plan régulier de suivi des activités de SRMNIA. Le niveau central supervisera semestriellement les activités des régions sanitaires. Les districts sanitaires seront supervisés tous les deux mois par les régions sanitaires et assureront mensuellement, à leur tour, une supervision rapprochée des formations sanitaires de leurs zones respectives.

### **Les enquêtes et études**

Pour disposer des données fiables capables de suivre les progrès, deux enquêtes du type EDS MICS (enquêtes à indicateurs multiples) ainsi que des enquêtes de nutrition seront menées pour mesurer l'impact du programme sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile. De même, la surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles et des causes de décès se fera à travers tout le pays.

### **L'évaluation**

L'évaluation du plan indispensable pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs du Plan, sera réalisée à travers les évaluations annuelles et les revues à mi-parcours et finale.

Des évaluations annuelles seront réalisées à tous les niveaux, sanctionnées par des rapports annuels d'activités. L'évaluation annuelle au niveau central qui se tiendra en début de chaque année après celles des régions et préfectures sanitaires, aura pour objectif de veiller sur la

cohérence et la complémentarité des interventions, de faire le point sur la mise en œuvre global du plan et d'adapter si possible certaines interventions et stratégies. Le rapport annuel d'activités élaboré contribuera à l'analyse des revues de performances programmées.

Deux revues de performance impliquant l'ensemble des régions sanitaires, des programmes SRMNIA et des partenaires, seront organisées au niveau national pendant la période de mise en œuvre du plan, et seront sanctionnées obligatoirement par des rapports de revue. La première à mi-parcours, sera centrée sur les performances accomplies, l'atteinte des résultats, des objectifs visés par le plan ainsi que les taux de réalisation des budgets, sera conduite en mi-2018. Elle permettra de juger de la pertinence des objectifs, de l'efficacité des stratégies et de la performance des structures. La deuxième finale interviendra en fin 2020, permettra la clôture du cycle actuel de planification pour amorcer le processus de planification stratégique future.

## **VI. MESURES D'ACCOMPAGNEMENT**

Dans le souci de garantir le succès du Plan stratégique 2016-2020, à travers la réalisation de ses résultats, une série de mesures devront accompagner sa mise en œuvre. Ces mesures porteront sur: (i) les performances du système de santé et sa faible capacité à répondre aux situations d'urgence, (ii) l'environnement sanitaire et (iii) les ressources humaines, financières matérielles et autres.

### **5.1. Mesures touchant aux performances et à la capacité de la réponse**

Il s'agit principalement de renforcer et actualiser le cadre juridique en vue de :

- permettre une réponse adaptée aux différents problèmes par la mise à disposition d'un cadre juridique approprié;
- redéfinir l'organisation des comités régionaux et préfectoraux de suivi du plan
- doter les structures des ressources humaines compétentes et des équipements nécessaires permettant l'offre de soins et des services de qualité;
- favoriser l'accès équitable des populations aux soins et services de santé;

- garantir un financement suffisant (15% du budget national) et sa gestion rationnelle à tous les niveaux ;
- promouvoir la culture de la gestion axée sur les résultats (GAR) ;
- motiver les ressources humaines de la santé affectées dans les zones d'accès difficile/enclavées.

## **5.2. Mesure touchant l'accès équitable aux soins**

- la mise en place/pérennisation des programmes et projets spécifiques ;
- le développement de l'assurance maladie ;
- le développement des services de santé à base communautaire ;
- l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement.

## **5.3. Mesure touchant aux ressources humaines, financières et matérielles**

- l'affectation conséquente et rationnelle des ressources nécessaires au fonctionnement des services de santé à tous les niveaux ;
- l'instauration de la planification de bas en haut ;
- la mise en place des programmes d'amortissement pour les gros équipements (laboratoire, bloc technique, imagerie, etc...);

## **5.4. Mesure touchant à la gestion du Plan**

- le fonctionnement optimal des organes de gestion, de mise en œuvre et de suivi du plan : le comité Multisectoriel d'action et de suivi du plan et ses déclinaisons au niveau régional et des districts sanitaires, et de la direction de la santé familiale et de la nutrition.
- l'organisation des évaluations à mi-parcours et à terme sur les aspects de pertinence, efficacité, visibilité, efficience;
- l'implication de tous les acteurs (collectivité locale, secteur privé et la communauté).

## **VII. ANALYSE DES RISQUES**

Les principales menaces susceptibles de compromettre la mise en œuvre de ce plan et l'atteinte de ses résultats sont :

- la perturbation de la paix sociale sans laquelle tout effort de développement est d'emblée compromis ;
- la croissance économique qui doit être soutenue pour permettre la réduction de la pauvreté, socle sur lequel se base l'amélioration de l'état de santé de la population, et particulièrement de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune.
- l'exigence de la bonne gouvernance qui est devenue le leitmotiv de toute action en faveur du développement.
- la diminution de l'allocation budgétaire consacrée à la mise en œuvre du plan ;
- la mauvaise gouvernance du département de la santé illustrée par l'absence d'adéquation formation/ emploi,
- le changement fréquent d'animateur tant au niveau central, au niveau intermédiaire qu'au niveau opérationnel, créant une rupture de pilotage dans le contexte actuel de sous-administration,
- la non implication des acteurs à tous les niveaux du système de santé, comme constaté dans l'évaluation de la FDR 2012 – 2015
- la non-disponibilité des ressources humaines pour réaliser l'ensemble des interventions planifiées.

## **DOCUMENTS DE REFERENCE**

- Politique National de Santé (novembre 2014)
- Plan national de Développement sanitaire 2015-2024 (aout 2015)
- Plan de relance et de résilience du système de santé 2015- 2017 (Avril 2015)
- Rapport des Etats Généraux de santé 2014
- 3è RGPH 2014 Guinée
- Plan de développement des Ressources Humaines de santé, 2013
- Section Équipement de la DNEHS 2011
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique/Politique Nationale de la Santé de la Reproduction, août 2012
- Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples en Guinée 2012
- Plan ETME 2015-2017
- ESIDAGUI, 2001
- ENSS 2008
- Rapports PNPCSP 2011 et 2012
- Analyse de la situation du secteur santé, Guinée, août 2014
- Plan d'action national de repositionnement de la planification familiale en Guinée 2014-2015
- Rapport de recherche, Evaluation stratégique pour la réduction des avortements à risque en Guinée. 2010.
- Enquête Nationale de Sero surveillance sentinelle VIH et la syphilis de 2008 (ENSS-2008)
- Rapport annuel MUSKOKA, 2015
- Rapports PNPCSP 2011 et 2012
- Evaluation des besoins en SONU en Guinée, juillet 2013
- Enquête nationale nutrition-santé basée sur la méthodologie SMART, 2011-2012
- Enquête nationale nutrition-santé basée sur la méthodologie SMART, 2015
- Enquête de surveillance comportementale et biologique (ESCOMB) 2012-Guinée- Rapport final
- Ministère du Plan, Bulletin de Population et Développement, 2012

## **ANNEXES**

Liste des participants