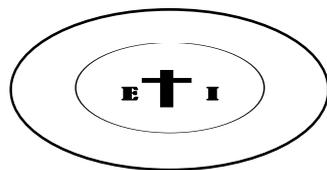


Subvention Stratégique BR5S-UVKV-T8



AMPLIFYCHANGE

Analyse de l'Economie Politique du Secteur DSSR en Guinée



Ebenezer International



Analyse de l'Economie Politique du Secteur DSSR en Guinée

Date du rapport final : Mai 2019

Date de Validation par les Task-forces des Pays : Août 2019

AVERTISSEMENT

Les opinions exprimées par les auteurs dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles d'Ebenezer International, du Consortium ou d'AmplifyChange.

Table des matières

Remerciements.....	5
Sigles & acronymes.....	6
Résumé exécutif.....	8
1. Introduction.....	10
2. Méthodologie.....	12
2.1. Définition des concepts.....	12
2.2. Démarche pour la réalisation de l'étude.....	13
3. Résultats du diagnostic sur le terrain.....	16
3.1. Contexte du pays.....	16
3.1.1. Contexte historique et culturel.....	16
3.1.2. Contexte politique.....	17
3.2. Développement du secteur DSSR.....	17
3.2.1. Historique.....	17
3.2.2. Situation actuelle (parties prenantes, perceptions, législation, rôles formels / informels et mandats des différents acteurs, niveaux de prise de décision).....	24
3.2.3. Equilibre entre les autorités centrales et locales dans la fourniture de services en rapport avec les DSSR.....	26
3.2.4. Equilibre entre l'appropriation du public et du privé.....	27
3.2.5. Financement du secteur (public, privé, dons, partenariat public privé).....	28
3.2.6. Participation de la société civile et surveillance citoyenne.....	29
3.2.7. Principaux bénéficiaires des subventions et des services de DSSR.....	29
3.2.8. Principales réformes des politiques de DSSR (succès, résistances, champions clefs, gagnants et perdants des réformes, alternatives).....	30
3.2.9. Défis et opportunités.....	30
3.3. Facteurs de changement dans le secteur.....	34
3.3.1. Idéologies et valeurs contraignant le changement.....	34
3.3.2. Moteurs traditionnels et émergents du changement.....	34
3.3.3. Influence des différents groupes d'intérêt extérieurs à la politique en matière de DSSR : secteur privé, ONG, consommateurs, médias.....	35
3.4. Principaux problèmes et points à prendre en compte dans le secteur.....	36
3.4.1. Inégalités dans le secteur (des groupes sociaux, régionaux ou ethniques particuliers sont-ils moins favorisés?).....	36
3.4.2. Violence basée sur le genre.....	40
3.4.3. Corruption et favoritisme dans le secteur (livraison, achat, attribution des emplois).....	44
3.4.4. Mécanismes de prise de décision (comment les décisions sont prises, qui est impliqué, les décisions sont-elles mise en œuvre ?).....	45

3.4.5. Difficultés dans la mise en œuvre des décisions (problèmes de la mise en œuvre dus à quels facteurs humains, politiques ou économiques?).....	45
4. Conclusion	46
4.1. Qu'est-ce qui fonctionne dans le domaine de la responsabilité dans le secteur?.....	46
4.2. Ce qui ne fonctionne pas encore dans le système: les lacunes, les principaux goulets d'étranglement.....	46
4.3. Recommandations	46
Annexe 1 : Structures consultées	48
Annexe 2 : Structures de la Task Force.....	49
Annexe 3 : Questionnaire	50
Annexe 4 : Termes de référence	58
Annexe 5 : Bibliographie.....	64

Remerciements

Ebenezer International souhaite exprimer sa gratitude aux personnes et organisations qui ont rendu cette publication possible. Remerciements à Monsieur Sidiki Koné d'avoir coordonné cette étude ; à Dr Alphonse Sakouvogui pour avoir été le point focal en Guinée. Nous souhaitons également remercier les structures contactées (voir Annexe 1) qui ont bien voulu répondre au questionnaire ; ainsi que les membres de la Task force (voir Annexe 2) pour leur coopération et leur soutien tout au long du processus de la présente étude.

Sigles & acronymes

AGEBEF	Association Guinéenne pour le Bien Etre Familial
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CIPD	Conférence Internationale du Caire sur la Population et le Développement
CNLS	Comité National de Lutte contre le VIH/sida
CRD	Communautés Rurales de Développement
DFID	Département for International Développement
DNS	Direction Nationale de la Santé
DSSR	Droits et santé sexuelle et de la reproduction
EDS	Etude démographique et de santé
EVF	Education à la Vie Familiale
GBVIMS	Gender based violence information management system (Système de gestion de l'information sur les VBG)
IRC	International Rescue Committee
IST	Infection sexuellement transmissible
MASPF	Ministère des Affaires Sociales et de la promotion Féminine
MICS	Enquête à indicateurs multiples
MSF	Mutilation sexuelle féminine
MSH	Management Sciences for Health
MMK	Méthode de mère kangourou
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif de développement durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPROGEM	Office de Protection du Genre, de l'Enfance et des Mœurs
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PF	Planification familiale
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire

PNG	Politique Nationale Genre
PNSR	Politique Nationale de la Santé de la Reproduction
PSN	Plan Stratégique National
PSSPSR	Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SDSP	Santé et Droits Sexuels et de la Procréation
SRAJ	Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes
SRMNIA	Plan Stratégique National de la Santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TDR	Termes de référence
TME	Transmission Mère-Enfant du VIH
UA	Union Africaine
UE	Union Européenne
UNFPA	Fonds des Nations-Unies pour la Population
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance
USD	Dollar des Etats-Unis
VBG	Violence basée sur le genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé exécutif

Les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique australe font face à de nombreux défis : difficultés d'application des textes, difficultés d'interprétation, persistance des violations des droits, persistance d'obstacles médicaux, inefficacité des droits, absence de normes harmonisées en matière de Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR) conformément aux engagements mondiaux, continentaux et régionaux.

En particulier, pour relever ces défis, la Guinée a adopté un nombre important de lois, de programmes, de plans d'actions et de documents de politique nationaux en matière de DSSR. Le pays a également ratifié de nombreuses autres conventions et chartes internationales relatives aux droits et à la santé de la reproduction.

La présente étude sur l'économie politique en matière de DSSR en Guinée fait ressortir un certain nombre d'aspects. Des avancées réelles se sont réalisées avec la ratification de ces textes en matière de DSSR.

Il existe toutefois des obstacles et des barrières dans l'application de ces textes. Les croyances pro natalistes sont dominantes. Le taux de VBG reste élevé.

Dans le cadre de la santé de la reproduction (SR), les ressources mises à disposition par les PTF leaders du domaine (USAID, UNFPA et OMS) au cours de la période 2009-2011 est de 29 729 425 USD.

En général, l'Etat est fortement présent dans les prises de décision en matière de DSSR. Bien qu'il y ait eu une responsabilisation des services privés, tout part du public. Avec la création des OSC, une amélioration s'est produite mais beaucoup reste à faire pour améliorer les cadres politique et juridique.

Le ministère chargé de la santé, le ministère chargé de la justice, l'assemblée nationale, les OSC, les ONG, les médias, les leaders traditionnels et religieux ont un niveau d'influence élevé.

Des défis importants restent à relever. Toute solution doit d'abord chercher à briser les obstacles et à prendre appui sur les associations, OSC et ONG qui luttent pour la promotion des DSSR.

Les recommandations pour la formulation des politiques et stratégies en rapport avec les DSSR, la conception de projets ou de programmes DSSR ; pour informer le dialogue et l'engagement avec les partenaires DSSR ; pour la prestation des services DSSR ; sont les suivantes :

- ✓ Vulgariser et appliquer les textes de loi et réglementaires ;
- ✓ Appliquer et faire appliquer les lois déjà existantes en matière de DSSR et légiférer là où il existe des vides juridiques ;
- ✓ Informer et sensibiliser les partis politiques, les membres de l'Assemblée nationale et les responsables locaux sur les DSSR.
- ✓ Elaborer un programme multisectoriel de DSSR ;
- ✓ Mobiliser les ressources pour soutenir la mise en œuvre des programmes et projets ;
- ✓ Promouvoir la santé sexuelle et reproductive dans les localités éloignées ;

- ✓ Organiser des plaidoyers à l'intention des leaders politiques, religieux et communautaires ;
- ✓ Lutter efficacement contre la corruption en milieu médical.
- ✓ Vulgariser les documents de politique sectorielle ;
- ✓ Rendre accessible l'information à tous sur l'avantage de la santé sexuelle et de reproduction ;
- ✓ Informer et sensibiliser les femmes, les hommes, les adolescents, le personnel de santé, le personnel enseignant, et les leaders d'opinion (chefs de quartier et de village, chef religieux, hommes et femmes influents du milieu, responsables de partis politiques, etc.), les OSC sur les DSSR.
- ✓ Mettre en place un mécanisme intégré de coordination et de suivi/ évaluation ;
- ✓ Développer les activités génératrices de revenus des groupements de femmes et de jeunes ;
- ✓ Mettre en place un mécanisme de coordination ;
- ✓ Rendre accessible les tests de dépistage à tous ;
- ✓ Promouvoir la recherche-action par rapport à la prestation de services de santé sexuelle et reproductive y compris les violences basées sur le genre ;
- ✓ Promouvoir l'intégration du VIH et la santé sexuelle et reproductive ;
- ✓ Renforcer la capacité des organisations de la société civile et les acteurs de terrain dans l'organisation des plaidoyers et dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive y compris la lutte contre toute forme de violence basée sur le genre ;
- ✓ Renforcer la coordination des actions des différents départements étatiques intervenant dans le domaine des DSSR ;
- ✓ Renforcer la formation des agents communautaires en DSSR.

1. Introduction

Les pays d'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Guinée, Mali, Niger) et d'Afrique australe (Malawi, Zimbabwe) font face à des nombreux défis en matière de Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR): difficultés d'application des textes, difficultés d'interprétation, persistance des violations des droits, persistance d'obstacles médicaux, inefficacité des droits, absence de normes harmonisées en matière conformément aux engagements mondiaux, continentaux et régionaux.

AmplifyChange a obtenu une Subvention Stratégique d'un projet appelé « Activité d'amélioration de la performance des politiques et stratégies de DSSR en Afrique de l'ouest et en Afrique australe ». Le Récipiendaire principal de cette subvention est un consortium composé de: Ebenzer International, CAEB, Humanité & Inclusion et la Coalition des Organisations de la Société Civile pour le repositionnement de la planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone.

Ce projet a pour objectif de :

- 1) Plaider et aider à améliorer la politique et la stratégie DSSR sur les thèmes prioritaires d'AmplifyChange aux niveaux régional et national dans les quatre pays en Afrique de l'Ouest ;
- 2) Faciliter le renforcement des capacités, l'engagement et la mise en réseau des organisations de la société civile pour une meilleure mise en œuvre, et le suivi et évaluation de l'impact des politiques en DSSR dans les quatre pays en Afrique de l'Ouest.

La mise en œuvre de ce projet nécessite une compréhension de la situation spécifique de chaque pays. C'est dans ce cadre qu'une consultation a été demandée pour l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour chaque pays.

Concernant les pays d'Afrique de l'Ouest, pour chaque cas, l'étude est réalisée par un consultant résidant dans le pays. Un consultant fait la coordination pour tous les pays. Dans ce document nous présentons les résultats de l'étude pour la Guinée.

Objectifs de la mission :

- Réaliser l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour la Guinée dans le but de soutenir les efforts de plaidoyer des Organisations de la société civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale en Afrique de l'Ouest Francophone ;
- Travailler en étroite collaboration avec la Task Force mise en place en Guinée dans le cadre de l'Etude, de même qu'avec la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenzer International pour identifier et collaborer efficacement avec les parties prenantes clés du secteur DSSR dans le processus de l'analyse de l'économie politique.

Mandats de la mission :

- Faciliter la mise en place et l'animation de la Task-Force associée à l'étude ;
- Réunir, analyser et faire la synthèse de la documentation sur les DSSR pertinente pour les besoins de l'étude ;
- Concevoir les formulaires appropriés sur la base de la Proposition Technique du Projet et recueillir les informations pertinentes auprès des parties prenantes des DSSR et procéder à leur analyse et synthèse ;

- Proposer et faire valider un canevas de rédaction du rapport final sur la base de la Proposition Technique du Projet par la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International au moins 15 jours avant la soumission du rapport final ;
- Rédiger en français le rapport final de l'étude et le rapport synthétique du déroulement de l'étude à soumettre à la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International ;
- Réaliser les différentes phases de l'étude dans les délais requis, tout en assurant une qualité supérieure des livrables.

2. Méthodologie

2.1. Définition des concepts

Suivant la définition largement acceptée fournie par Collinson et adoptée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) l'OCDE et le « Department for International Development (DFID) », nous définissons l'analyse de l'économie politique comme suit¹:

« L'analyse de l'économie politique s'intéresse à l'interaction des processus politiques et économiques dans une société: la répartition du pouvoir et de la richesse entre différents groupes et individus et les processus qui créent, maintiennent et transforment ces relations au fil du temps ».

Qu'entend-on par Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive ?

La Santé de la Reproduction est définie comme un état de bien-être général et dynamique tant physique, mental que social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. Suite aux recommandations de la 64ème session du comité régional de l'OMS pour l'Afrique, tenue à Cotonou (Bénin), en 2014, les composantes prioritaires de la Santé de la reproduction (SR) ont été déterminées comme suit² :

- La Santé Maternelle Néonatale et Infantile ;
- La Planification Familiale ;
- La santé et le développement des adolescents et jeunes ;
- La lutte contre les violences basées sur le Genre ;
- La Prise en charge des Infections sexuellement transmissibles et l'Infection à VIH/Sida ;
- La prévention, le dépistage et la prise en charge précoce du cancer du col de l'utérus et des seins ;
- Le dépistage du cancer de la prostate ;
- Le dysfonctionnement sexuel du 3ème âge.

Les stratégies identifiées pour la mise en œuvre de la santé de la reproduction s'articulent autour de/du :

- Le Plaidoyer et la mobilisation sociale ;
- La promotion de comportements favorables à la SR ;
- L'accès équitable à des services de qualité ;
- Le renforcement des capacités ;
- L'utilisation rationnelle des services et des ressources ;
- La promotion de la recherche.

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 a été le premier des cadres de développement international à aborder les questions relatives à la sexualité, à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction.

¹ What is political economy analysis? An introductory text for the ODI workshop on Political Economy Analysis. 23-24 January, 2012. Overseas Development Institute.

² Normes et Procédures en Santé de la Reproduction. Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition

Dans son paragraphe 7.2, il définit la santé en matière de sexualité et de reproduction comme un état de bien-être général de l'individu dans sa vie sexuelle et procréative.

La santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction (SDSR) consistent en des droits ainsi qu'en des libertés³. Ces droits sont définis au paragraphe 7.3 du Programme d'action de la CIPD, qui précise qu'il ne s'agit par d'un nouvel ensemble de droits de l'homme mais de droits déjà reconnus dans des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ayant trait à l'autonomie en matière de sexualité et de reproduction et à la santé dans ces domaines. De plus, en 1995, le Programme d'action de Beijing 4 a étendu cette définition pour couvrir à la fois la sexualité et la reproduction, en affirmant dans son paragraphe 96 le droit des individus d'exercer le contrôle de leur sexualité sans contrainte, discrimination ou violence et de prendre des décisions dans ce domaine. Ces droits ont été réitérés dans divers documents des Nations Unies, notamment dans les documents finals des processus de suivi et d'examen du Programme d'action de la CIPD et du Programme d'action de Beijing.

Les normes concernant la SDSR sont énoncées notamment dans les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme suivants :

- Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (CCT) ;
- Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (CIEDR) ;
- Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (CIDTM) ;
- Convention relative aux droits de l'enfant (CRC) ;
- Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH) ;
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEFDF) ;
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) ;
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC).

D'autres instruments internationaux et régionaux ainsi que des lois nationales sont eux aussi pertinents dans le domaine des droits de l'homme. En outre, les organes de surveillance des traités des Nations Unies ont étendu le champ d'application des normes relatives aux droits de l'homme au domaine de la SDSR, par des interprétations faisant autorité dans leurs observations et recommandations générales ainsi que dans certaines conclusions.

2.2. Démarche pour la réalisation de l'étude

La mission a eu une démarche participative et inclusive selon le schéma méthodologique suivant, construit autour de cinq phases :

1. La première phase a été exécutée à travers les prises de contact avec les responsables du projet, l'élaboration des outils, ainsi que la mise en place de la Task Force et du groupe de structures à contacter pour la collecte des données

³ Leçons tirées du premier cycle de l'examen périodique universel. Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. UNFPA

Les membres de l'équipe de consultation ont pris contact avec les responsables du projet (Ebenezer International) immédiatement après la signature du contrat ; ce qui a permis une meilleure connaissance du projet et de ses parties prenantes. Un canevas de rédaction fut alors élaboré et présenté par l'équipe à Ebenezer International qui l'a validé sous réserve de prendre en compte un certain nombre de points.

Une réunion Skype, comprenant le coordinateur de la mission et les consultants nationaux des quatre pays (Burkina Faso, Guinée, Mali et Niger), a permis de mettre tous les acteurs au même niveau de compréhension sur ce qui est attendu de la mission.

Conformément aux objectifs de la mission, une Task Force et un groupe de structures à contacter furent constitués. La liste des membres de la Task force et celle du groupe de structures ont été validées par Ebenezer International.

Un questionnaire a été élaboré et présenté à Ebenezer International. Il comprend des questions relatives aux sections du canevas de rédaction présenté par l'équipe de consultation et validée par Ebenezer International.

Le Consultant national a pris, de manière informelle, contact avec les autorités des différentes structures impliquées dans les questions de DSSR. Au cours de ces entretiens informels, le Consultant a expliqué brièvement le but de l'étude. Cette prise de contact a permis aux différents responsables d'avoir une compréhension globale de l'étude.

Le consultant a travaillé avec l'Association Guinéenne pour le Bien Etre Familial (AGBEF) qui fait partie de la plateforme des Organisations de la société civile pour le repositionnement de la planification familiale.

Par sa position d'affiliation à la société civile au niveau régional de l'Afrique Ouest, l'AGBEF a accepté d'assurer le parrainage de cette étude en Guinée. Ainsi, l'AGBEF a facilité les invitations des structures membres de la Task Force en abritant aussi les réunions. Une lettre a accompagné les questionnaires aux parties prenantes impliquées dans l'étude.

La première réunion des membres de la Task Force s'est déroulée dans la salle de conférence de l'AGBEF le 20 février 2019 sous la présidence du Vice-Président de la Coalition des OSC pour le repositionnement de la planification familiale.

Le consultant a présenté le questionnaire, expliqué le but de l'étude ainsi que le rôle et la mission de la Task-Force mis en place. Elle est un organe d'orientation, de consultation et de suivi du processus de collecte des données dans le pays. Elle contribuera à ce que les conclusions de l'étude reflètent les réalités du pays en matière de DSSR.

Les participants ont évoqué leurs préoccupations actuelles sur la question de DSSR. Des questions de compréhension et de clarification relatives au fonctionnement de la Task Force et le contenu du questionnaire ont été posées. Des éléments de réponse ont été apportés par le consultant.

2. La deuxième phase s'est déroulée dans le cadre de la recherche documentaire et des entretiens avec les parties prenantes clés du secteur DSSR dont la liste a été validée par Ebenezer International.

Le questionnaire accompagné d'une brève explication et d'une lettre de transmission (sollicitée par certaines structures) a été envoyé à chaque structure sélectionnée pour le renseignement.

Le Consultant a fait un suivi par des appels téléphoniques et des entretiens. La collecte des données a été confrontée à quelques difficultés :

- La disponibilité des cadres/agents chargés de renseigner le questionnaire ;
- L'unanimité des membres d'une même structure sur des réponses apportées à une question donnée.

Des documents essentiels sur les DSSR ont également été collectés, lus, analysés et exploités.

3. Troisième phase : Rédaction du rapport d'analyse de l'économie politique et organisation d'une réunion de cadrage finale de l'étude avec la Task-Force pour feedbacks.

4. Quatrième phase : Intégration des commentaires sur le rapport provisoire.

5. Cinquième phase : Production et transmission du rapport final intégrant les feed-back.

3. Résultats du diagnostic sur le terrain

3.1. Contexte du pays

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale. Elle est limitée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Libéria et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'Est en Ouest et 500 km du Nord au Sud. Sa superficie totale est de 245 857 km². Son climat est de type tropical alternant une saison pluvieuse et une saison sèche d'environ six mois chacune. Ce climat expose le pays à des risques permanents d'inondation, des incendies en saison sèche particulièrement en Haute Guinée. Le pays donne naissance aux principaux cours d'eau de la sous-région : le fleuve Konkouré, le fleuve Kolenté, le fleuve Niger, le fleuve Sénégal, le fleuve Lofa et le fleuve Gambie.

La Guinée comprend quatre régions naturelles qui sont : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée forestière. Administrativement, la Guinée compte 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée spécifique (il s'agit de Boké, Faranah, Kankan, Kindia, Labé, Mamou et N'Zérékoré).

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014, la population guinéenne est de 10 628 972 d'habitants avec une densité d'environ 43 habitants au km². Les femmes représentent près de 52% de la population. La majorité de la population est jeune (44% sont âgés de moins de 15 ans) et vit en milieu rural (70%) presque exclusivement de l'agriculture et de l'élevage.

Le taux brut de natalité était de 34‰ en 2012 avec un indice synthétique de fécondité de 5,1. On note un taux de fécondité élevé chez les jeunes, avec un taux de 146‰ à 15-19 ans, qui augmente rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum de 224‰ à 25-29 ans et qui se maintient à un niveau relativement élevé jusqu'à 30-34 ans où le taux se situe encore à 198 ‰. Les niveaux de mortalité adulte sont quasiment identiques chez les femmes et les hommes (4,9 et 4,7 décès pour 1 000). L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans⁴.

3.1.1. Contexte historique et culturel

Au XIIIe siècle, l'immense empire du Mali avait pour capitale Niani (aujourd'hui village guinéen). La Guinée est proclamée colonie française en 1891, indépendamment du Sénégal auquel elle était déjà rattachée.

La Guinée comprend plusieurs ethnies. Les habitants sont en majorité des musulmans (89.1%), les chrétiens sont à 6.8%, et les animistes constituent 1.6% de la population⁵.

Sous l'influence des valeurs socio-culturelles, les opportunités de promotion sociale offertes aux femmes sont limitées, aussi bien au niveau de la famille qu'à celui de la collectivité: difficultés d'accès à la terre (les enfants mâles sont souvent seuls héritiers du domaine familial), au logement, à l'éducation, à des catégories d'activités professionnelles, au processus de prise de décision, etc. Ce sont là autant de contraintes qui entravent l'épanouissement de la femme, au plan individuel et

4 PNUD, RMDH 2010.

5 CIA The world factbook 2016

collectif, et déterminent la pauvreté particulière dans laquelle vivent une large majorité des femmes guinéennes⁶.

3.1.2. Contexte politique

La Guinée est un État laïc indépendant depuis le 2 Octobre 1958. Il s'agit de la première des anciennes colonies françaises à obtenir son indépendance grâce à un référendum organisé par le gouvernement français. Les guinéens ont voté pour une indépendance immédiate et totale. La Guinée s'est ainsi démarquée des autres anciennes colonies d'Afrique de l'Ouest qui ont d'abord choisi de rester sous la tutelle économique de la France et n'ont obtenu l'indépendance totale qu'en 1960.

De l'indépendance à 1984, le pays a été dirigé par un régime de parti unique qui a été suivi par un pouvoir militaire jusqu'en 1990, date à laquelle la Guinée s'est dotée d'une nouvelle Constitution consacrant le multipartisme. A ce jour, plus de deux cents partis politiques sont agréés dans le pays. Ce nouveau processus démocratique amorcé a été interrompu de 2008 à 2010 par un autre régime militaire de transition.

Le pouvoir exécutif est détenu par le Président de la République et le régime est présidentiel. Le Président de la République détient un pouvoir réglementaire qu'il exerce par des décrets. Il est élu au suffrage universel pour un mandat de 5 ans, renouvelable une fois.

Le pouvoir législatif est détenu par l'Assemblée Nationale. La Cour Suprême détient quant à elle le pouvoir Judiciaire.

La décentralisation constitue une priorité pour le Gouvernement et se caractérise par la mise en place de structures locales chargées de la mise en œuvre des fonctions transférées au bénéfice des populations.

3.2. Développement du secteur DSSR

3.2.1. Historique

La limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées lorsque les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances.

Les tendances idéologiques face à la régulation de la natalité ont changé au fil des années. La première Conférence internationale sur la Population a été organisée en 1927 par la Société des Nations⁷.

⁶ Plan stratégique national (PSN) pour l'accélération de l'abandon des mutilations génitales féminines /excision (MGF/E) 2012 – 2016. Ministère des affaires sociales, de la promotion féminine et de l'enfance

⁷ Sarah Vilpert, « De la Planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive : Une étude de cas ». Université de Genève. Janvier 2008. Faculté des Sciences Economiques et Sociales. Laboratoire de démographie et d'études familiales. Mémoire de maîtrise

C'est à la création, en 1946, de la Commission de la population à l'ONU que les questions démographiques acquièrent une place importante sur la scène internationale.

En 1954, la Conférence internationale de Rome a pour objectif de sensibiliser les décideurs sur les enjeux démographiques et de promouvoir la collecte statistique.

La rhétorique de la planification familiale revient en force dans le débat international en 1965 à la Conférence internationale sur la Population de Belgrade.

Les Conférences internationales sur la Population se sont suivies : Bucarest, en 1974 où les discussions se focalisent sur le sens de la relation entre fécondité et développement économique; à Mexico, en 1984 ; et au Caire en 1994, lorsque le contrôle des naissances revient sur le devant de la scène, mais sous la forme d'un droit individuel en matière de reproduction et de sexualité.

Les quinze principes qui guident le Programme d'Action de la Conférence Internationale de la Population et le Développement (CIPD) du Caire, en 1994, ratifiés par la Guinée et tous les participants, reposent sur le droit de chacun à améliorer sa qualité de vie. Le principe numéro sept se rattache à la garantie de l'accès à la santé pour tous, et en particulier celui à la SSR.

La SSR, les principes qui la régissent, les objectifs à atteindre et les mesures à prendre pour y parvenir sont détaillés en cinq thématiques⁸ :

- Droits et santé en matière de reproduction ;
- Planification familiale ;
- Maladies sexuellement transmissibles et prévention de la contamination par le VIH ;
- Sexualité et relations entre les sexes ;
- Adolescents.

Actions et mécanismes nationaux relatifs aux droits et à la santé de la reproduction

Depuis 1984, les autorités guinéennes ont pris et continuent à prendre des mesures de renforcement et de réglementation pour améliorer le secteur DSSR dans le pays, par des textes législatifs et réglementaires, ainsi que des documents de politique et des plans/programmes nationaux.

En 1984, la Cellule de Coordination sur les pratiques traditionnelles affectant la santé de la femme et de l'enfant (CPTAFE) est créée.

La politique de population est adoptée en 1992. La stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) a été introduite. L'enseignement de la santé de la reproduction dans les écoles de santé, la Faculté de Médecine et dans les écoles de niveau inférieur à travers les

⁸ Ibidem

programmes d'Education à la Vie Familiale (EVF) fut introduite⁹.

En 1997, le Code de la santé publique stipule dans l'article 182 que « La Planification Familiale revêt un caractère prioritaire. Ainsi les services offerts dans ce domaine permettront à toute personne d'exercer son droit de décider librement, de façon responsable et informée du nombre et de l'espacement de ses enfants sans qu'il soit porté la moindre atteinte à sa dignité ».

Les engagements de l'Etat guinéen se sont également traduits par l'élaboration de programmes, plans et lois dans les DSSR. Voir Tableau 1.

Tableau 1 : Testes en DSSR

Textes	Période	Observations
Programme National de la Santé de la Reproduction	2000-2010	Prendre en compte les DSSR
Loi L/10/2000 sur la santé de la reproduction ¹⁰	De 2000 à nos jours	Concrétiser le Programme National de la Santé de la Reproduction.
Politique Nationale de la Santé de la Reproduction (PNSR)	De 2001 à nos jours	Son objectif général est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie et de l'état de santé des populations à travers le développement des services de SR accessibles et de bonne qualité.
Plan stratégique décennal	2003 -2013	Harmonisé avec le plan mondial conformément aux recommandations de la Conférence Internationale tenue à Addis-Abeba (Ethiopie), il est élaboré en Février 2003 sur le thème « Tolérance zéro aux MGF ».
Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)	2005-2012	Il a inscrit comme priorité la promotion de la planification familiale dans le souci de «Réduire la mortalité maternelle et néonatale» (priorité A7).
Plan stratégique de repositionnement de la planification familiale	2008-2015	Il a comme objectif général d'augmenter l'accès aux méthodes modernes de contraception et leur utilisation, ceci afin d'accroître la prévalence contraceptive de 6 à 15% d'ici 2015.
Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction	2008-2012	Il a succédé au premier plan élaboré en 2004. Ce plan stratégique a pour objectif général de faire en sorte que d'ici 2012, chaque individu en Guinée puisse choisir

⁹ Ministère d'Etat des Affaires Sociales, de la Promotion. Féminine et de l'Enfance. Politique Nationale Genre

¹⁰ Loi L/2000/010/AN, Adoptant et Promulquant la Loi Portant Santé de la Reproduction ; Rép. De Guinée, Juillet 2000.

(PSSPSR)		et/ou obtenir et utiliser des produits de SR de qualité à chaque fois qu'il en a besoin.
Plan Stratégique National (PSN) pour l'Accélération de l'Abandon des Mutilations Génitales Féminines (MGF/E)	2012-2016	La vision est : « une Guinée 2016 sans Mutilations Génitales Féminines ». L'objectif à long terme est de « réduire à 0% le taux de prévalence des mutilations génitales féminines d'ici 2016 en Guinée à travers l'accélération de l'abandon des Mutilation Génitales Féminines /Excision par la mise en commun des efforts des acteurs sur le terrain ».
Plan d'action national de repositionnement de la planification familiale en Guinée	2014-2018	Il a eu pour objectif de réussir à amorcer une tendance à la baisse du nombre de femmes de 15-49 ans sans contraception d'ici 2018. Cet objectif ne sera atteint que si le taux de prévalence contraceptive passe de 7% en 2012 à 22,1% en 2018 pour les méthodes modernes.
Plan Stratégique National de la Santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes (SRMNIA)	2016-2020	Il a pour objectifs généraux de : <ul style="list-style-type: none"> • Réduire la mortalité maternelle de 724 à 517/100000 ; • Réduire la mortalité néonatale de 33 à 21/1000 ; • Réduire la mortalité infantile de 67 à 47/1000 ; • Réduire la mortalité infanto-juvénile de 123 à 77/1000 ; • Réduire les comportements à risque en SRMNIA, particulièrement chez les adolescents et les jeunes.
Politique Nationale Genre (PNG)	2017 à nos jours	Elle compose harmonieusement avec la politique nationale de développement économique, politique, social et culturel dont les principaux piliers intègrent les engagements internationaux, régionaux et sous-régionaux auxquels la Guinée a souscrits. L'objectif général de la PNG est de promouvoir, d'ici à 2020, l'égalité et l'équité entre les hommes et les femmes

		par la réduction significative et durable de toutes les formes de disparités et de discriminations fondées sur le sexe.
Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)	2015-2024	Il a été élaboré. Il voudrait que « D'ici 2024 la prévalence contraceptive en Planification Familiale, passera de 19% à 51% ».
Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRPIII)	2013-2015	Il souligne que « La croissance élevée de la population constitue un défi majeur. Aussi, la maîtrise de la croissance démographique exige-t-elle des mesures novatrices y compris le renforcement des services de santé reproductive et de planification familiale ».

Depuis 2002, de la journée internationale de lutte contre les MGF est célébrée le 6 février de chaque année.

Le pays a mis en place le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le VIH/sida (CNLS) et ses démembrements au niveau des régions et de la ville de Conakry, des communes et communautés rurales de développement (CRD). Cette institution est créée par décret présidentiel n°016 du 5 mars 2002. Elle est chargée de coordonner et d'intensifier la réponse nationale. Par ailleurs, au sein de chaque département, à l'instar de celui de la Santé et de l'Hygiène Publique, il a été mis en place des comités sectoriels de lutte contre le sida chargés de la coordination interne des activités de lutte contre le sida. Pour son fonctionnement, le SE/CNLS a élaboré un cadre stratégique pour la période 2013-2017. L'analyse de ce document révèle l'absence de stratégies spécifiques pour remédier aux inégalités hommes-femmes et au faible investissement des hommes dans la réponse à l'épidémie du VIH.

En 2011, la loi relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA a été adoptée et promulguée.

Dans le cadre stratégique national de lutte contre le VIH 2013-2017, les aspects suivants ont été pris en compte : la prévention et la prise en charge des IST, la santé néonatale (la prise en charge du sida pédiatrique) et la santé maternelle (la prise en charge des femmes enceintes sous ARV). Ces aspects sont mentionnés en termes de priorités programmatique et financière dans ledit document. Le plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est mentionné au titre de priorité du gouvernement et de ses partenaires¹¹.

A ces mesures, il faut ajouter¹² :

- Le Plan stratégique en santé et développement des adolescents et des jeunes ;

¹¹ Rapport ; évaluation rapide des liens établis entre le VIH et la santé sexuelle et de la reproduction en Guinée. Novembre 2013-Janvier 2014. Rédigé par : Dr DABO Moustapha et KOUADIO Kapet Guillaume

¹² Ibidem

- La Feuille de route nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile 2012-2015 ;
- Le Document des Normes et Procédures en Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH ;
- Le document des Normes et protocoles de prise en charge de l'infection par le VIH chez l'adulte et l'enfant ;
- Le Plan d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH (TME).

Selon le code pénal de 2016¹³, « les mutilations génitales féminines s'entendent de toute ablation partielle ou totale des organes génitaux des jeunes filles ou des femmes ou toutes autres opérations concernant ces organes. Toutes les formes de mutilations génitales féminines pratiquées par toute personne quelle que soit sa qualité, sont interdites en République de Guinée, notamment: l'ablation partielle ou totale du gland du clitoris; l'ablation des petites ou des grandes lèvres; l'infibulation qui consiste à coudre les petites ou les grandes lèvres pour ne laisser que le méat » (Article 258). En plus, « quiconque, par des méthodes traditionnelles ou modernes, pratique ou favorise les mutilations génitales féminines ou y participe, se rend coupable de violences volontaires sur la personne de l'excisée. Tout acte de cette nature est puni d'un emprisonnement de 16 jours à 2 ans et d'une amende de 500.000 à 2.000.000 de francs guinéens ou de l'une de ces deux peines seulement » (Article 259).

L'article 5 de la constitution guinéenne¹⁴, promulguée le 7 mai 2010, indique que la personne humaine et sa dignité sont sacrées. L'Etat a le devoir de les respecter et de les protéger. L'article 6 indique que l'être humain a droit au libre développement de sa personnalité. Il a droit à la vie et à l'intégrité physique et morale. Pour l'article 15 de la constitution, chacun a droit à la santé et au bien-être physique. L'Etat a le devoir de les promouvoir, de lutter contre les épidémies et les fléaux sociaux.

Conventions et chartes internationales relatives aux droits et à la santé de la reproduction

Par ailleurs, la Guinée a ratifié de nombreuses autres conventions et chartes internationales relatives aux droits et à la santé de la reproduction, notamment celles du Tableau 2.

Tableau 2 : Conventions et chartes

Conventions internationales	Année d'adoption	Quelques éléments clés
Les objectifs mondiaux (ODD) à atteindre d'ici 2030	2015	Les ODD 5 et 16, à savoir parvenir au respect de l'équité et à l'égalité des sexes et contribuer à l'autonomisation des femmes et les filles.
La Charte des Nations Unies signée à San Francisco	1945	les pays signataires se sont résolus dans le préambule de la Charte « à proclamer à nouveau notre foi dans les droits fondamentaux de l'homme,

¹³ Nouveau Code Pénal. Ministère de la Justice de Guinée. Février 2016

¹⁴ <http://mjp.univ-perp.fr/constit/gn2010.htm>

		dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité de droits des hommes et des femmes, ainsi que des nations, grandes et petites ».
La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de l'Assemblée Générale des Nations Unies	1948	Il proclame que « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité »
Plan d'action du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-SWAP)	2012	Il vise à promouvoir la responsabilisation des Nations Unies en direction de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.
La Convention internationale relative aux Droits de l'enfant (CIDE)	1990	« Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié ». (Article 19).
Convention pour l'Elimination des discriminations envers les femmes (CEDEF) et son protocole en 2000	1985	« Les Etats parties condamnent la discrimination à l'égard des femmes sous toutes ses formes, conviennent de poursuivre par tous les moyens appropriés et sans retard une politique tendant à éliminer la discrimination à l'égard des femmes. » (Article 2).
Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, dit « Protocole de Maputo » en	1981	Chaque Etat doit : <ul style="list-style-type: none"> • adopter des politiques et cadres juridiques pour réduire l'avortement à risque, • préparer et mettre en œuvre des plans d'action nationaux pour réduire l'incidence des

2005.		<p>grossesses non désirées et des avortements à risque</p> <ul style="list-style-type: none"> • offrir des services avortements sans risque dans le cadre des dispositions de la loi.
-------	--	--

3.2.2. Situation actuelle (parties prenantes, perceptions, législation, rôles formels / informels et mandats des différents acteurs, niveaux de prise de décision)

Le secteur DSSR en Guinée est régi suivant la loi relative à la santé de la reproduction. Plusieurs acteurs dont les rôles et mandats sont décrits ci-dessous participent à l'amélioration du secteur.

La Loi L/10/2000 sur la SR, dont le décret d'application a été signé 10 ans après (2010) son adoption stipule que « les couples et les individus ont le droit de décider librement et avec discernement des questions ayant trait à la santé de la reproduction dans le respect des lois en vigueur, de l'ordre public et des bonnes mœurs. Ils peuvent décider du nombre de leurs enfants, de leurs naissances, disposer des informations pour ce faire et du droit d'accéder à la meilleure santé en matière de la reproduction ». Dans la Loi, 2 types d'avortements sont autorisés (avortement médical et grossesse incestueuse).

L'adoption de la loi portant Santé de la Reproduction en République de Guinée réprime particulièrement les violences faites aux femmes et aux enfants dont les MGF, l'exploitation de la prostitution, les Pratiques traditionnelles néfastes, la pédophilie.

Le ministère chargé de la santé, le ministère chargé des actions sociales, le ministère chargé de la promotion de la femme et de l'enfance, le ministère chargé de la jeunesse et le ministère chargé de la justice participent à la conception, l'élaboration et à la mise en œuvre des documents de politique relatifs au secteur DSSR dans leur domaine respectif.

En particulier, le ministère chargé de la santé met en œuvre la politique du gouvernement dans le secteur de la santé, le ministère chargé de la femme et de l'enfance met en œuvre la politique genre ; le ministère chargé de la Jeunesse élabore des activités socio-éducatives pour les jeunes ; le ministère chargé de la justice élabore et fait appliquer des lois et textes juridiques relatifs à la santé sexuelle et reproductive y compris les violences sous toutes ses formes.

Les autres acteurs intervenant dans le secteur DSSR sont :

- UNFPA : Réalisation de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction et réduire la mortalité maternelle en vue d'accélérer les progrès dans la mise en œuvre du Programme d'action issu de la Conférence internationale sur la population et le développement, afin d'améliorer les conditions de vie des femmes, des adolescents et des jeunes, en se fondant sur la dynamique des populations, les droits de l'homme et l'égalité des sexes ;
- OMS : Santé Maternelle et Infantile ;
- OSC : Lutte contre la violence, lutte contre le VIH, information, sensibilisation.

Le tableau ci-dessous explore le rôle et l'influence des acteurs étatiques et sociaux dans les politiques et les programmes de DSSR en Guinée.

Tableau 3: Acteurs clés, ainsi que leurs rôles, responsabilités et niveau d'influence

Acteurs	Rôles et responsabilités	Niveau d'influence
Le ministère chargé de la santé	Garant des politiques, stratégies et normes en matière de DSSR. Il met en œuvre la politique du gouvernement dans le secteur de la santé	Elevé
Le ministère chargé de l'éducation	Il élabore et met en œuvre la politique de l'éducation, particulièrement l'éducation sexuelle	Moyen
Le ministère chargé des finances	Financement de la SR et mobilisation des ressources	Moyen
Le ministère chargé de la femme et de l'enfance	Il élabore et met en œuvre la politique genre	Moyen
Le ministère chargé de la justice	et fait appliquer des lois et textes juridiques relatifs à la santé sexuelle et reproductive y compris les violences basées sur le genre	Elevé
Le ministère chargé de la jeunesse	Il élabore des activités socio-éducatives pour les jeunes	Moyen
Le ministère chargé de la Population	Il élabore et met en œuvre la politique de la population	Moyen
L'assemblée nationale	Elaboration, Adoption des lois et assure le contrôle de l'action gouvernementale en santé	Elevé
Les Collectivités territoriales	Gestion des centres de santé, financement à travers des lignes budgétaire et plaidoyer	Elevé
Les PTF	Appui technique et financier à l'état et aux autres acteurs.	Elevé
Les ONG et ONC	Elles soutiennent les efforts du gouvernement dans la promotion des DSSR à travers les activités de renforcement de capacité, d'offre des services, de sensibilisations et de plaidoyer.	Elevé
Les médias (télévision, radio, journaux)	Elles informent sur les normes sociales et amorcent des changements de comportement dans le secteur des DSSR	Elevé
Les universités et Instituts de recherche :	Recherche, évaluation de programmes, production des données	Bas
Le secteur privé	Fournisseur de services	Bas
La famille	Education familiale (éducation sexuelle au niveau des familles)	Bas
Les leaders traditionnels et religieux	Défenseurs et gardiens des normes et valeurs culturelles et traditionnelles. Ils sont respectés et écoutés par la population	Elevé

Malgré ce nombre important d'acteurs et de réalisations dans le secteur DSSR, les perceptions négatives des populations persistent :

- L'éducation complète à la sexualité encourage les adolescentes à commencer les activités sexuelles très tôt ;
- La promotion de l'utilisation des préservatifs réduit le plaisir sexuel en général et incite les filles à la débauche ;
- L'utilisation des contraceptifs est un acte qui n'est pas religieux et c'est une politique des blancs pour nous empêcher de nous procréer ;
- La femme est un être qui doit se soumettre à la volonté de son mari ;
- Une fille non excisée n'est pas propre et ne peut pas être fidèle à un seul homme ;
- L'excision est un acte religieux ;
- Il faut donner sa fille en mariage très tôt afin qu'elle grandisse avec ses enfants et éviter les grossesses hors mariage qui déshonorent la famille ;
- Le préservatif entraîne les jeunes à la dépravation ;
- La PF rend infidèle les femmes ;
- La PF est une méthode de l'Occident pour diminuer la population africaine ;
- Le préservatif contient le virus SIDA ;
- La PF n'est pas conforme avec nos traditions et nos coutumes ;
- On ne ressent rien avec le préservatif lors des rapports sexuels ;
- Les médecins profitent du dépistage pour prendre du sang et l'utiliser pour autre chose.

Dans le cadre de la coordination des services DSSR en Guinée, le système de santé est de type pyramidal à trois niveaux avec des services centraux et des services déconcentrés¹⁵. Chaque niveau prend des décisions selon ses compétences et son champ d'actions. Nous avons donc :

- Le niveau central, 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. Il 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/communal 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.

3.2.3. Equilibre entre les autorités centrales et locales dans la fourniture de services en rapport avec les DSSR

¹⁵ Plan Stratégique National de la Santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes (SRMNIA) 2016-2020

Le sous-secteur communautaire du système de santé en Guinée est constitué de services à base communautaire (SBC) avec des agents de santé communautaires (ASC) et les prestataires de la médecine traditionnelle.

Plusieurs documents clés renferment des options fortes en faveur de la PF/SR en vue de développer des interventions communautaires, notamment le document de « Politique Nationale de Santé Communautaire ». Mais aussi, la PF et la Stratégie de la Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE) ont été intégrées dans un paquet commun¹⁶.

La mise en œuvre de la santé communautaire en Guinée a débuté depuis l'adoption de la charte de Alma-Ata en 1978, mise à l'échelle à partir de 1988 à travers le Programme Elargi de Vaccination, Soins de Santé Primaires et Médicaments Essentiels (PEV/SSP/ME). La participation communautaire et le renforcement de l'administration sanitaire locale à travers l'approche district sanitaire étaient au cœur de ces réformes¹⁷.

L'objectif de la politique nationale de santé communautaire s'inscrit en droite ligne avec l'objectif général de la Politique nationale de santé, celui « d'améliorer l'état de santé de la population guinéenne ».

Le document de politique indique que « la santé communautaire est mise en œuvre avec la contribution de tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays. Elle englobe les domaines de la lutte contre la maladie (transmissibles et non transmissibles), la surveillance épidémiologique, la prévention et contrôle de l'infection, la Santé Reproductive de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent, l'eau, l'hygiène et l'assainissement ». Il y aura « un accent particulier sur les bonnes pratiques reconnues au niveau national et international comme ayant un haut impact sur la santé des communautés notamment la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile ».

Le document de politique qui fait également un diagnostic de la situation révèle plusieurs difficultés dont :

- La faible disponibilité en prestataires communautaires de qualité ;
- Les prestataires communautaires non fidélisés et démotivés ;
- Le faible financement communautaire ;
- La faible disponibilité en médicaments, équipements, infrastructures et autres technologies de santé dans les structures de santé communautaires ;
- La faible couverture en institutions locales décentralisées ;
- L'absence de mécanisme de fidélisation des agents de santé communautaire.

3.2.4. Equilibre entre l'appropriation du public et du privé

Le sous-secteur privé du système de santé en Guinée est constitué du privé lucratif et du privé non lucratif (ONG et confessions religieuses).

¹⁶ La délégation des tâches en matière de planification familiale au niveau communautaire dans les pays du partenariat d'Ouagadougou : expériences et leçons apprises pour une mise en œuvre effective. Population Council. Mars 2016

¹⁷ Politique Nationale de Santé Communautaire 2017. Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la médecine traditionnelle

3.2.5. Financement du secteur (public, privé, dons, partenariat public privé)

Selon les informations recueillies au niveau des structures identifiées dans le cadre de cette étude, les principales sources de financement du secteur DSSR sont :

- L'Etat à travers le budget national ;
- UNFPA ;
- Coopération japonaise ;
- Coopération italienne ;
- Ambassade des Etats Unis ;
- Fonds français MUSKOKA ;
- USAID à travers HSD ;
- Banque Mondiale ;
- MPTF ;
- GIZ ;
- Coopération belge ;
- IPPF ;
- UNICEF ;
- Fonds mondial ;
- Belgique à travers médecin sans frontière belge ;
- Croix rouge française.

Dans le cadre de la santé de la reproduction (SR), les ressources mises à disposition par les PTF leaders du domaine (USAID, UNFPA et OMS) au cours de la période 2009-2011 sont de 29 729 425 USD¹⁸.

Les montants alloués par l'UNFPA entre 2015 et 2017 sont :

- 2015 : 8 335 827 USD ;
- 2016 : 7 374 837 USD ;
- 2017 : 5 996 866 USD.

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.

¹⁸ Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024

La participation de l'Etat reste encore faible dans le financement global de la santé. Les principaux goulots liés au financement sont¹⁹ :

- 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 (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.

3.2.6. Participation de la société civile et surveillance citoyenne

Plusieurs organisations de la société civile participent à la promotion des DSSR. Ainsi, l'AGBEF est impliqué dans la promotion de la santé de reproduction et lutte contre le VIH. L'Association des Jeunes Filles dévouées de Guinée réalisent des activités pour la promotion de la santé de reproduction. Le

CERCO est actif sur plusieurs fronts: Analyse situationnelle, sondage, enquête, évaluation dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, dans le domaine de santé communautaire, de l'hygiène alimentaire ; dans le domaine de planification stratégique.

Le FMG et Médecin sans frontière Belge s'intéressent à la Prise en charge des IST/VIH/SIDA et le dépistage. Plan Guinée prend en charge des IST).

3.2.7. Principaux bénéficiaires des subventions et des services de DSSR

Les principaux bénéficiaires des subventions et des services de DSSR sont :

- Le Ministère de la santé ;
- Le Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion féminine et de l'Enfance ;
- Le Ministère de la jeunesse et de l'Emploi Jeune ;
- Le Ministère de l'Education nationale et de l'Alphabétisation ;
- Le Ministère du Plan et de Développement Economique ;
- Les OSC (ONG, Réseaux des parlementaires, des journalistes, des jeunes, des femmes leaders, des leaders religieux, Club des jeunes filles leaders, les communicateurs traditionnels, etc.) ;
- Les adolescents et les jeunes ;
- Les femmes en âge de procréer ;
- Les hommes ;
- Les professionnels de sexe ;
- Les Communautés.

¹⁹ Rapport des Etats généraux de la santé. Cité par SRMNIA

3.2.8. Principales réformes des politiques de DSSR (succès, résistances, champions clefs, gagnants et perdants des réformes, alternatives)

Les principales réformes du secteur DSSR sont développées dans la Section 3.2.1. Il est important de mentionner des succès en matière de DSSR :

- L'existence des textes juridiques ;
- La disponibilité des programmes/politiques en avec les DSSR ;
- La visibilité institutionnelle soutenue par la volonté politique : Création d'une Division – santé de la reproduction ;
- La diversité des besoins liés à la promotion de la santé de la reproduction : soins gynécologiques, accouchements, planification familiale, prise en charge de la ménopause, statut de la femme, équilibre social et économique de la famille...
- La diversité des compétences nationales en gynécologie, santé publique et en statistiques démographiques et sociales ;
- La disponibilité de données de routine et des résultats des recherches opérationnelles, des enquêtes démographiques et des recensements de la population ;
- L'engagement des partenaires au développement ;
- La demande croissante des services de dépistage et la prise en charge IST/VIH/SIDA ;
- La volonté politique des hautes autorités du pays notamment le Président de la République qui l'exprime à chaque événement relatif aux femmes et aux filles ;
- La disponibilité de l'expertise locale ;
- Les engagements des OSC à soutenir les réformes en matière de DSSR ;
- L'intégration de la PF dans le paquet minimum d'activités des centres de santé ;
- La disponibilité du service dans les structures sanitaires ;
- Le développement des services jeunes adaptés ;
- L'existence des structures de prise en charge ;
- Le soutien apporté par les communicateurs traditionnels ;
- Le dépôt officiel des couteaux de l'excision.

Il y a également des résistances telles que :

- La résistance aux méthodes modernes de planification familiale ;
- La résistance à l'abandon de la pratique des mutilations génitales féminines ;
- La résistance à l'abandon du mariage précoce/ forcé ;
- La résistance des leaders religieux à l'application des textes de loi sur les DSSR ;
- L'analphabétisme des populations en général et en particulier des femmes.

3.2.9. Défis et opportunités

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 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

génésiq ue (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.²⁰

Malgré une tendance à la baisse observée ces dernières années, la fécondité précoce et se poursuivant pendant toute la vie g énésiq ue, 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 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 g énésiq ue des femmes et particulièrement les adolescentes.

Les besoins non satisfaits en matière de PF sont estimés à 23,7% en 2012. 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.

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^e 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 du 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.

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.²¹ Les accouchements à domicile en constante régression, avec une moyenne annuelle de 60%, notamment en milieu rural

²⁰Rapport Final SMART GUINÉE 2014. Cité dans SMIRNIA

²¹Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples en Guinée 2012

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,

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%.

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.

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.

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 besoins²². 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.

Dans le paquet de l'offre de service des DSSR, 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.

La Réponse communautaire, insuffisamment organisée et coordonnée, s'exprime à travers la mobilisation de la communauté sur les questions de DSSR, les actions des ONG/Associations, des comités de santé et des relais communautaires.

Le financement par 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.

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.

Les ressources mises à disposition par les PTF leaders du domaine sont quasiment totalement exécutées.

²²Rapport annuel MUSKOKA, 2015 ; Cité dans SRMNIA

De l'analyse des résultats de la revue des performances des programmes DSSR, il se dégage des problèmes et défis.

Les principaux problèmes sont :

- La mortalité maternelle reste élevée à 550/100000 NV, la mortalité néonatale à 20/1000, et la mortalité infanto juvénile de 88/1000 ;
- 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 ;
- 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 ;
- L'insuffisance du financement ;
- La faible organisation du partenariat, de la collaboration intra et intersectorielle ;
- La faible qualité des soins ;
- La couverture insuffisante des populations ciblées par les services et interventions en DSSR ;
- L'insuffisance de la communication et de la mobilisation sociale ;
- La faible disponibilité des médicaments essentiels de la SR ;
- La faible sensibilisation de la population générale, et des femmes en particulier
- La faible implication des Hommes dans la PF ;
- La faible implication des adolescents et jeunes dans la PF ;
- La faible qualité de l'offre (Formation et Equipement) ;
- L'inadéquation des services offerts aux jeunes et adolescents ;
- La rupture de stocks des produits contraceptifs au niveau des points de prestation ;
- La faiblesse de l'offre de services PF par les OSC et le secteur privé ;
- La faiblesse de l'intégration des services PF aux programmes VIH et autres populations clés ;
- La faiblesse de l'engagement des décideurs influents ;
- L'insuffisance de la législation et de la réglementation en SR/PF ;
- L'insuffisance du suivi permanent des interventions.

La revue des documents et les informations obtenues auprès des structures ont mis en exergue de nombreux défis :

- Relever le niveau de couverture des interventions ;
- Assurer la disponibilité en médicaments ;
- Rendre disponibles les ressources humaines de santé (RHS) de qualité ;
- Renforcer la gouvernance, la coordination, le partenariat et l'équité ;
- Assurer un financement adéquat ;
- Amener les populations à adopter des comportements favorables aux DSSR.
- Assurer une meilleure prévalence contraceptive ;
- Réprimer les violences basées sur le genre ;
- Réduire les taux élevés de mortalité maternelle ;
- Faire adhérer les leaders religieux et communautaires à la politique de Santé sexuelle et reproductive ;
- Faire appliquer les textes juridiques relatives au DSSR ;

- Réduire considérablement la prévalence des VBG : 80,7% de femmes et filles de 15-64 ans ayant subi au moins une forme de violence depuis l'âge de 15 ans dont 29,3 violences sexuelles (ENVBG, 2016) ;
- Mettre fin aux MGF/Excision : 95% parmi les femmes et filles de 15 à 49 ans (EDS, 2018)
- Mettre fin au mariage précoce : 54,6% de filles sont mariées avant leur 18ème anniversaire et 21,1% avant l'âge de 15 ans. (MICS, 2016) ;
- Réduire le taux de de Fécondité des adolescentes ;
- Réduire le taux de mortalité maternelle : 550 pour 100 000 NV (MICS, 2016)
- Réduire le taux de prévalence du SIDA : 1,2% de prévalence de VIH/Sida chez les adolescentes de 15 à 19 ans contre 1,5% au niveau de la population générale (EDS, 2018) ;
- Résister efficacement aux pressions faites par les pairs ou par les adultes qui poussent à des pratiques sexuelles nuisibles à la santé ;
- Négocier efficacement pour une vie sexuelle saine et le respect de ses droits en matière de santé de la reproduction ;
- Mettre fin à la stigmatisation des homosexuels et des malades du VIH SIDA.

Les principales opportunités suivantes doivent être saisies pour l'amélioration du secteur DSSR :

- Disponibilité des textes juridiques ;
- Existence d'expertises en la matière ;
- Disponibilité de projets ;
- Existence de volonté politique ;
- Engagement des partenaires multi et bilatéraux à soutenir les DSSR ;
- L'augmentation des associations de jeunes, de femmes dans la promotion de la santé de reproduction ;
- L'implication des médias dans la diffusion des informations relatives aux violences basées sur le genre y compris la santé sexuelle et reproductive).

3.3. Facteurs de changement dans le secteur

3.3.1. Idéologies et valeurs contraignant le changement

Les idéologies/valeurs contraignant le changement en matière de DSSR sont :

- Les normes sociales ;
- Les pesanteurs socioculturelles ;
- Le maintien de la virginité avant le mariage ;
- L'interprétation erronée des textes religieux ;
- L'extrême pauvreté ;
- Le bien-être social déterminé par le respect des mœurs et coutumes.

3.3.2. Moteurs traditionnels et émergents du changement

On peut distinguer deux types de moteurs de changement en matière de DSSR : traditionnel et moderne.

Des moteurs traditionnels on peut retenir :

- Les leaders religieux ;
- Les leaders communautaires ;

- Les communicateurs traditionnels ;
- Les groupements d'intérêts sociaux (sèrè) ;
- Les OSC et les groupes de pressions.

Les moteurs émergents du changement en matière de DSSR sont:

- L'éducation sexuelle complète dans les écoles ;
- L'éducation sexuelle informelle dans les milieux extrascolaires ;
- La stratégie d'implication des hommes dans les interventions ;
- L'implication des communicateurs traditionnels dans les interventions ;
- L'utilisation des médias dans les stratégies de communication ;
- L'existence de réseaux sociaux dont les jeunes sont les plus grands utilisateurs ;
- La situation économique du pays ;
- Le développement des groupements socioéconomiques formels (économie des ménages dans les zones de Plan international Guinée) et informels (tontine, Serrès) ;
- Le développement des initiatives économiques privées ;
- La mondialisation entraînant les jeunes à s'adapter au contexte actuel ;
- L'émancipation des jeunes et leur accessibilité aux informations à travers la nouvelle technologie moderne.

3.3.3. Influence des différents groupes d'intérêt extérieurs à la politique en matière de DSSR : secteur privé, ONG, consommateurs, médias

Secteur privé intervient timidement dans le financement et l'offre des services mais n'a pas une grande influence.

Les ONG/OSC participent au plaidoyer/lobbying, à la mise en place des politiques, au suivi de l'application des textes de lois, et à la vulgarisation des textes de lois à travers les « sèrès » de femmes et des jeunes.

Les consommateurs utilisent les services. Ils sont impliqués dans la promotion des DSSR et proposent des conditions d'amélioration de la politique du secteur.

Les médias sont impliqués dans l'information, la vulgarisation des textes, la sensibilisation, l'éducation, l'impact sur le changement de comportement et norme sociales.

Les leaders communautaires/religieux constituent des groupes de pression. Ils peuvent intervenir dans l'interprétation des textes religieux, la sensibilisation, la communication, l'information, le changement des normes sociales/comportements. Prêche de certains Imams, Pasteurs et Prêtres en faveurs de l'espacement de naissance, Barrières dans d'autres cas.

Les organisations de jeunes et celles des femmes constituent des groupes de pression, de plaidoyer et de sensibilisation, impliqués dans la communication, l'information, le changement des normes sociales/comportementales.

3.4. Principaux problèmes et points à prendre en compte dans le secteur

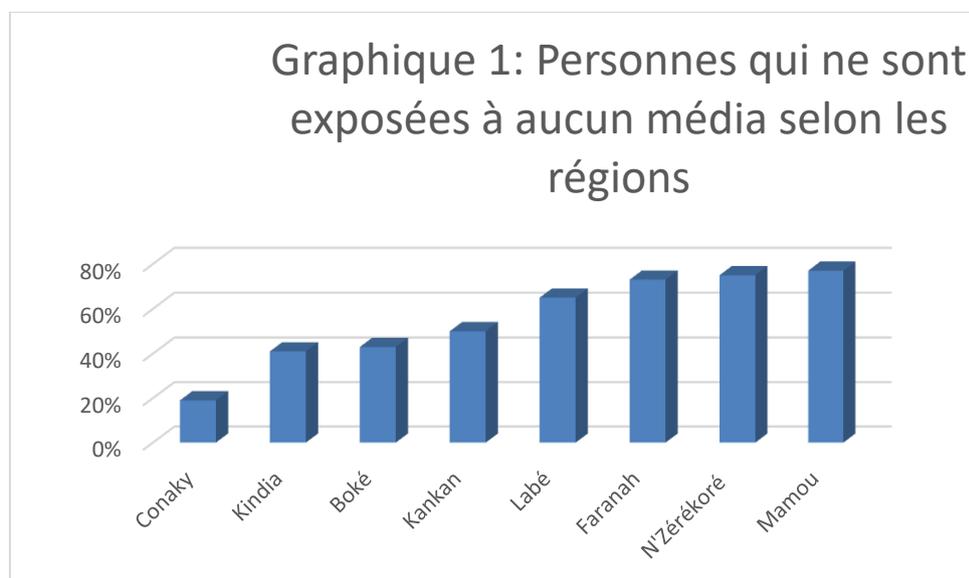
3.4.1. Inégalités dans le secteur (des groupes sociaux, régionaux ou ethniques particuliers sont-ils moins favorisés?)

L'application des politiques et programmes est très faible au niveau des zones rurales. Les pesanteurs socioculturelles défavorisent l'accès aux DSSR aux femmes et les adolescentes/jeunes filles, les personnes vivant avec un handicap, les personnes vivant avec le VIH, les homosexuels.

En Guinée, il existe des inégalités notoires en matière de DSSR, selon le milieu, la région, le niveau d'instruction et économique.

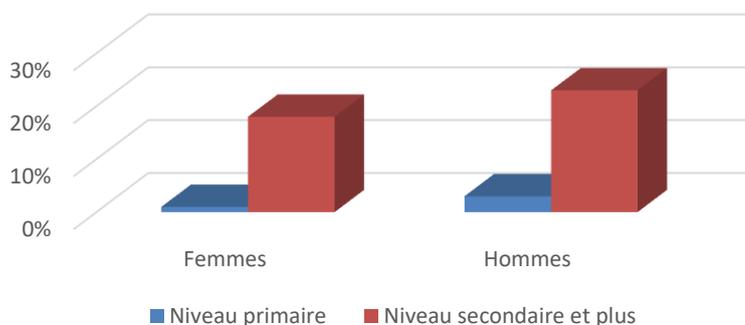
3.4.1.1 Exposition aux médias

Pour les guinéens qui ne sont exposés à aucun médias, les résultats de l'EDS-MICS 2012²³ selon les régions mettent en évidence des disparités importantes. Ainsi, chez les femmes, on a un groupe qui a moins de 50%, qui est constitué des régions de Conakry (19 %), Kindia (41 %) et Boké (43 %), tandis que le second comprend les régions de Kankan (50 %), Labé (65 %), Faranah (73 %), N'Zérékoré (75 %) et Mamou (77 %). De la même manière, on distingue chez les hommes un premier groupe composé de Conakry (10 %), Boké (24 %), Labé (32 %), Faranah (36 %) et Kankan (40 %) et un second groupe comprenant les régions de Kindia (55 %), N'Zérékoré (63 %) et Mamou (66 %). En outre, le niveau d'instruction semble influencer de manière importante le niveau d'exposition aux médias. Que ce soit chez les femmes ou les hommes l'exposition aux trois médias augmente considérablement avec le niveau d'instruction : de 1 % à 18 % chez les femmes et de 3 % à 23 % chez les hommes lorsqu'on passe du niveau primaire au niveau secondaire et plus.



²³ Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) ; 2012

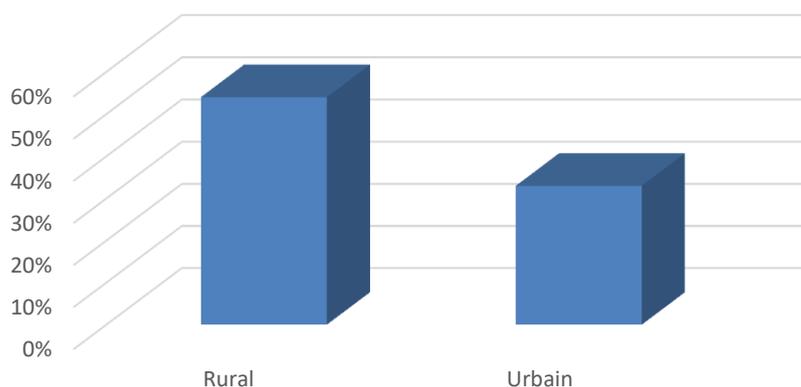
Graphique 2: Personnes qui sont exposées aux médias selon le niveau d'instruction



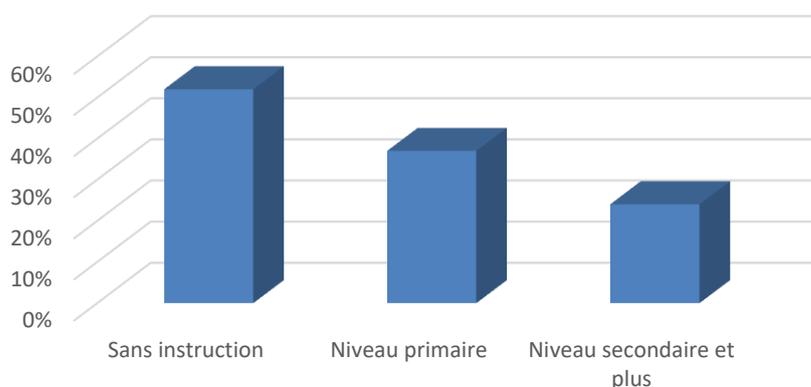
3.4.1.2 Polygamie

En Guinée, malgré la forte prévalence de la polygamie (48 %), le mariage monogame reste le type d'union dominant (52 %). La fréquence de la polygamie varie avec le milieu de résidence. C'est en milieu rural que la proportion de femmes vivant en union polygame est la plus élevée (54 % contre 33 % en milieu urbain). Par ailleurs, les proportions de femmes en union polygame varient d'un maximum de 52 % chez celles qui n'ont aucun niveau d'instruction, à 37 % chez celles qui ont le niveau primaire et à un minimum de 24 % chez les femmes ayant un niveau secondaire et plus.

Graphique 3: Pratique de la polygamie selon le milieu de résidence



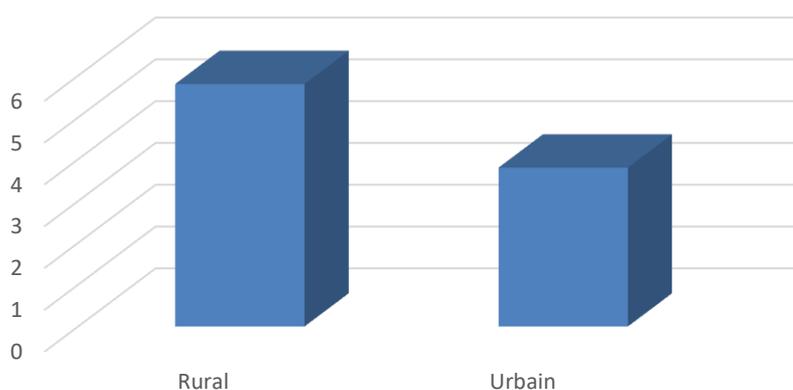
Graphique 4: Pratique de la polygamie selon le niveau d'instruction



3.4.1.3 Fécondité

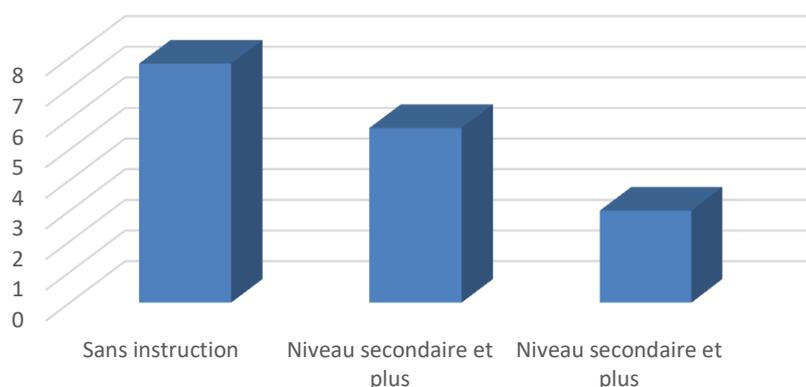
A tous les âges, les femmes du milieu rural ont une fécondité beaucoup plus élevée que celles du milieu urbain. Les femmes du milieu rural ont une fécondité beaucoup plus élevée et plus précoce que celles du milieu urbain (5,8 enfants contre 3,8). En outre, le niveau de fécondité varie selon le niveau d'instruction de la femme et le statut économique du ménage.

Graphique 5: Nombre d'enfants par femme selon le milieu de résidence



En effet, les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction ont, en moyenne, 2,1 enfants de plus que celles qui ont atteint le niveau primaire et 2,7 enfants de plus que celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus (ISF de 5,7 contre 3,0).

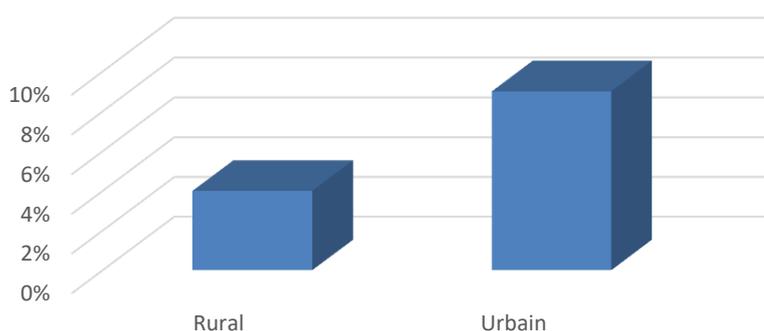
Graphique 6: Nombre d'enfants par femme selon le niveau d'instruction



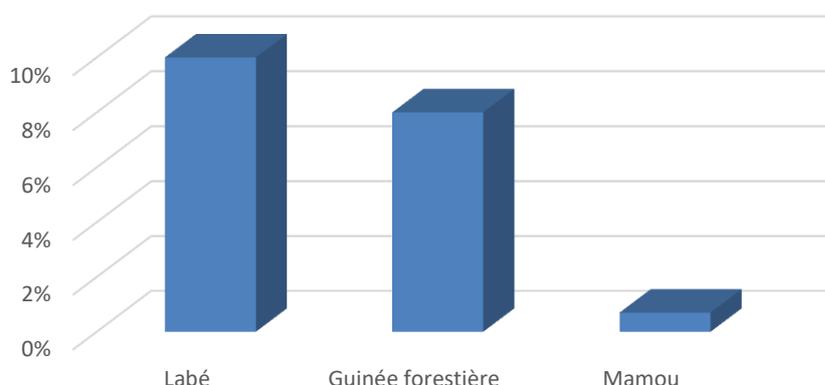
3.4.1.4 La prévalence contraceptive

On observe des variations importantes. En dehors des femmes sans enfant qui n'utilisent pratiquement pas la contraception (0,7 %), c'est en milieu rural (4 %), dans les régions de Kankan et de Mamou (respectivement 2 % et 0,7 %), en Haute Guinée (2 %), parmi les femmes sans niveau d'instruction (5 %) que la prévalence est la plus faible. À l'opposé, 9 % des femmes du milieu urbain, 10 % de celles de Labé et 8 % parmi celles de la Guinée Forestière, 11 % des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus utilisent une méthode contraceptive. Concernant l'utilisation de méthodes modernes, on note les mêmes variations.

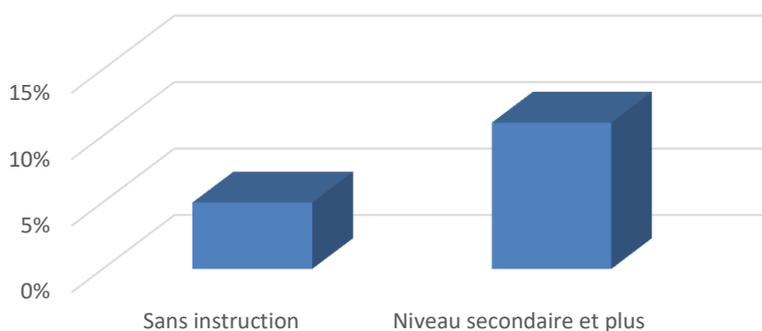
Graphique 7: La prévalence contraceptive selon le milieu de résidence



Graphique 8: La prévalence contraceptive selon les régions



Graphique 9: La prévalence contraceptive selon le niveau d'instruction



3.4.2. Violence basée sur le genre

Selon L'enquête nationale sur les violences basées sur le genre en guinée²⁴, la violence basée sur le genre recouvre un certain nombre de concepts qu'il est indispensable de définir pour comprendre de quoi il s'agit. Ces concepts sont définis ci-après. Ces définitions sont pour la plupart tirées du document intitulé « Violences basées sur le genre, un manuel a l'attention des journalistes », publié en 2009 par Inter Press Service.

(1) Sexe

²⁴ Enquête nationale sur les violences basées sur le genre en guinée. Rapport final. Mars 2017.

Le «sexe» fait référence aux caractéristiques biologiques d'une personne (d'un animal) mâle ou femelle. Ces caractéristiques sont congénitales et induisent des différences entre hommes et femmes, notamment du point de vue de leurs fonctions physiologiques de reproduction.

(2) Genre

Le «genre» fait référence à des caractéristiques sociales attribuées aux hommes et aux femmes par une société donnée. Il renvoie aux rôles attribués aux personnes sur la base de leur sexe biologique ou à leur appartenance à une catégorie sociale donnée.

(3) Violence

Le terme «violence» fait référence à un comportement violent comme moyen de contrôle et d'oppression sous l'aspect émotionnel, physique, social, économique et de coercition. La victime de la violence est obligée de se comporter d'une manière qui plait au coupable en acceptant son attitude violente sur sa personne.

(4) Violence basée sur le genre

Est considérée comme violence basée sur le genre, tout acte perpétré contre la volonté d'une personne et exercé en fonction du sexe ou de son rôle social, entraînant souffrance ou préjudice physique, sexuel, psychologique ou économique. Cette violence se manifeste par un contrôle et une domination de force, principalement de l'homme sur la femme, dû au rapport de force inégal entre les sexes.

Selon la même étude, la violence basée sur le genre revêt plusieurs formes :

- La violence physique : des faits, gestes, actes ou situations susceptibles de porter atteinte à l'intégrité physique d'une personne et perpétrés contre le gré de cette personne.
- La violence sexuelle : une tentative ou un acte sexuel accompli contre la volonté d'une personne. Plusieurs variantes existent mais le viol en est la forme la plus grave.
- La violence psychologique : faits, gestes, actes ou situations susceptibles de porter atteinte à l'intégrité morale ou émotionnelle d'une personne.
- La violence économique : privation ou l'empêchement d'avoir accès à des ressources nécessaires à la satisfaction de besoins fondamentaux.
- Les pratiques traditionnelles néfastes : les MGF, les mariages forcés, les mariages précoces, etc.
- La violence conjugale, encore appelée la violence exercée par un partenaire intime : l'abus d'une personne par une autre dans le cadre d'une relation intime. La nature de l'abus peut varier de l'abus physique, émotionnel, verbal et psychologique à l'abus économique, l'intimidation, le harcèlement moral et physique.
- L'acte malveillant : tout acte qui est animé de mauvais sentiments à l'égard d'autrui ou qui dénote la volonté de nuire.

Toujours selon l'enquête nationale sur les violences basées sur le genre en Guinée, des dispositifs institutionnels sont mis en place pour réduire les VBG dans le pays :

- Les services de sécurité, notamment les Officiers de Police judiciaire. Le Ministère de la Sécurité a créé, en décembre 2009, l'Office de Protection du Genre, de l'Enfance et des Mœurs (OPROGEM) pour remplacer la Division de la Police mondaine. Pour le rendre plus opérationnel et plus autonome, notamment en matière budgétaire, l'OPROGEM a été érigé

en «Etablissement public à caractère administratif, technique et social» par le Décret 069 du 30 avril 2015.

- La Gendarmerie est compétente pour poser des actes de police judiciaire. Elle est régulièrement saisie des cas de VBG qu'elle traite. Mais contrairement à la Police qui dispose d'un service où toutes les données relatives aux VBG sont centralisées grâce aux téléphones portables offerts par la Délégation de l'Union européenne en Guinée, la Gendarmerie ne dispose pas encore d'une structure bien organisée pour la lutte contre les VBG. Elle ne dispose, pour le moment, que d'une structure appelée «Division de protection des enfants et du genre» à la Direction des Investigations judiciaires (DIJ), communément appelée «PM3».

La législation guinéenne offre également différents recours aux victimes de VBG. Ces recours peuvent être d'ordre médical, psychosocial, juridique ou judiciaire. Mais le fait que la grande majorité des victimes de VBG soient des femmes et des filles qui souffrent d'une vulnérabilité économique associée à d'autres facteurs liés aux coutumes et traditions, à la mauvaise interprétation de la religion et au dysfonctionnement de l'appareil étatique dans certains domaines, ces recours sont très peu utilisés ou leur utilisation aboutit à des résultats peu ou pas satisfaisants.

La plupart des victimes de VBG ignorent les recours que leur offre la loi. Cela est dû, en grande partie, à l'absence de services d'assistance juridique gratuite en Guinée et à l'impossibilité pour la majorité des victimes de se faire payer les services d'un avocat. Les quelques ONG qui offrent une assistance juridique et judiciaire gratuite aux victimes de violation des droits de l'homme en général, et des victimes de VBG en particulier, ne sont basées qu'à Conakry et dans les capitales régionales.

La protection des personnes vulnérables notamment, les femmes a été une préoccupation majeure du Gouvernement guinéen. La Loi Fondamentale, dans son article 6, alinéa 1 dispose que « L'être humain a droit au libre développement de sa personnalité. Il a droit à la vie, à l'intégrité physique et morale ; nul ne peut être l'objet de tortures, de peines ou de traitements cruels, inhumains ou dégradants ».

L'article 8 de la même loi renchérit : « Tous les êtres humains sont égaux devant la loi. Les hommes et les femmes ont les mêmes droits. Nul ne doit être privilégié ou désavantagé en raison de son sexe, sa naissance, sa race, son ethnie, sa langue, ses croyances et ses opinions politiques, philosophiques ou religieuses ».

La réforme du secteur de la Justice engagée en 2011 a abouti à l'adoption de nouveaux textes de loi, notamment le code pénal et le code de procédure pénale, qui ont été rédigés sous la direction du Ministère de la Justice, avec la participation d'autres départements ministériels et de certaines institutions et organisations nationales et internationales des Droits de l'Homme. Cela a permis de prendre en compte, dans ces textes, de nombreuses préoccupations liées aux Droits de l'Homme, y compris les questions de violences basées sur le genre.

Le code pénal : Arsenal de répression des comportements antisociaux, prévoit et punit toutes les atteintes faites aux droits et libertés des femmes. Cela s'appréhende notamment à travers les infractions comme les coups et blessures volontaires, l'assassinat, le meurtre, l'empoisonnement, l'attentat à la pudeur, le viol, l'enlèvement, la séquestration, le proxénétisme, l'incitation à la débauche, les menaces, la dénonciation calomnieuse, les injures et diffamations, l'abandon de

famille, l'ablation ou la mutilation des organes génitaux de la femme, etc. Il faut cependant noter que certaines infractions très fréquentes ne sont pas encore réprimées par le code pénal guinéen, ce sont : le harcèlement sexuel, l'inceste et la bigamie

Le Code de l'Enfant : Il a énuméré un certain nombre d'infractions commises sur la personne d'un enfant et dont les auteurs subissent la rigueur de la répression. C'est ainsi que le viol, la pédophilie, l'incitation à la débauche d'enfants, la prostitution et le tourisme sexuel d'enfant, la pornographie et la pédopornographie mettant en scène des enfants, la prise d'otage, l'enlèvement et la vente d'enfant, la traite des enfants, la mise en gage et la servitude d'enfants, l'expérimentation sur la personne des enfants, l'incitation à la mendicité des enfants, les mutilations génitales féminines, les pires formes de travail des enfants, constituent les types de violences punies par les articles 352 et suivants du code de l'enfant.

Le code Civil : Il a recensé toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes en vue de leur réparation comme en témoigne l'esprit de l'article 1098 du code civil guinéen qui dispose : « Tout fait quelconque de l'homme, délit ou quasi délit, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. » Il faut noter que le code civil présentement en vigueur a fait l'objet de révision en raison des dispositions discriminatoires à l'égard des femmes, mais le projet se trouve encore au niveau du Ministère de la Justice. Concernant les MGF, bien que prévues et punies par le Code pénal et le Code de l'Enfant, le Gouvernement Guinéen a fait adopter et promulguer la Loi L/2000//010/AN du 10 juillet 2000 portant Santé de la Reproduction dont l'article 6 protège les femmes et les hommes contre la torture et les traitements cruels affectant le corps et en particulier les organes génitaux. Le contenu de cette loi a été traduit en un recueil des textes d'application relatifs à l'interdiction des Mutilations Génitales Féminines/Excision. Cependant, l'existence des textes de loi ne suffit pas pour protéger les femmes/ filles, car les méthodes d'analyse des mutations sociales, de la réalité et du vécu quotidien des femmes n'ont pas toujours permis aux textes de loi de répondre aux attentes objectives et aux besoins fondamentaux des femmes qui, dans leur écrasante majorité ne bénéficient pas d'un égal accès à l'appareil judiciaire.

L'Article 13 de la loi SR indique que : Sous réserve des dispositions du code pénal, les actes attentatoires aux droits en matière de santé sexuelle seront incriminés et pénalement réprimés. Il s'agit notamment de :

- toutes les formes de violences et particulièrement celles dont les femmes et les enfants sont victimes en général;
- toutes les mutilations génitales féminines et la pédophilie en particulier ;
- l'interruption illégale de grossesse ;
- la transmission volontaire du VIH/SIDA ;
- l'exploitation sous toutes ses formes de la prostitution des femmes et des enfants.

Malgré cette réforme qui constitue une réelle avancée, la lutte contre les VBG se heurte encore à de nombreux obstacles : recours sanitaire des victimes très limité, soins offerts par les structures de santé onéreux, insuffisance dans la prise en charge psychosociale, faiblesse de la sanction prévue pour certains types de VBG comme les mutilations génitales féminines (le nouveau Code pénal guinéen opère une nette différenciation des sanctions infligées aux auteurs des ablations des organes génitaux selon que la victime soit de sexe masculin ou féminin), possibilité d'assurer l'impunité légale aux auteurs de violences conjugales (le nouveau Code pénal de Guinée prévoit que « l'époux victime peut arrêter les poursuites ou l'effet de la condamnation en accordant son pardon lorsque les violences ont occasionné une incapacité temporaire de travail

de moins de 20 jours»), le poids de la coutume et les pesanteurs socioculturelles, l'insuffisance dans l'application de la loi (des nombres importants de jeunes filles sont excisées tout au long de l'année, donnant lieu à des cérémonies publiques, sans aucune réaction des Officiers et agents de police judiciaire, une recrudescence des cas de viols chez les mineures est enregistrée au cours des derniers six mois avant l'étude).

Pour les femmes enquêtées, VBG s'expliquent essentiellement par les raisons suivantes :

- la tradition et la religion : les traditions et certaines croyances religieuses donnent droit de vie et de mort à certaines personnes (maris, parents) sur d'autres (épouses, enfants) ;
- le taux d'analphabétisme élevé ;
- la consommation de stupéfiants ;
- l'impunité ;
- la polygamie ;
- les mariages précoces ;
- les mariages forcés ;
- l'abus d'autorité ;
- le refus des rapports sexuels ;
- la primauté des traditions sur les lois ;
- la dépendance économique et financière des femmes vis-à-vis des hommes.

Pour lutter efficacement contre les VBG en Guinée, il faudra :

- informer et sensibiliser la population ;
- dénoncer les violences à tous les niveaux ;
- appliquer la loi et punir tous les auteurs des VBG ;
- impliquer les religieux ;
- créer et rendre fonctionnelles des structures de proximité de lutte contre les VBG ;
- lutter contre la corruption.

3.4.3. Corruption et favoritisme dans le secteur (livraison, achat, attribution des emplois)

Selon Amnesty International, de manière générale, il s'agit de « l'abus de pouvoir confié à des fins personnelles ». La corruption peut être classée comme grave, mesquine et politique, en fonction des sommes d'argent perdues et du secteur où elle se produit.

La grande corruption consiste en des actes commis à un niveau de gouvernement élevé qui faussent les politiques ou le fonctionnement central de l'État, permettant aux dirigeants de bénéficier aux dépens du bien public. La petite corruption fait référence aux abus quotidiens du pouvoir confié par des fonctionnaires de rang inférieur et moyen dans leurs interactions avec des citoyens ordinaires, qui tentent souvent d'accéder à des biens ou à des services de base dans des lieux tels que des hôpitaux, des écoles, des services de police et autres.

La corruption politique est une manipulation des politiques, des institutions et des règles de procédure dans l'allocation des ressources et le financement par les décideurs politiques, qui abusent de leur position pour maintenir leur pouvoir, leur statut et leur richesse.

En Guinée, il y a une culture de l'impunité et le favoritisme dans le traitement des dossiers par la justice moyennant un pot de vin. Le règlement à l'amiable sous versement de caution financière est

également fréquent. On voit aussi l'abus sexuel relatif aux jeunes filles enquête d'emploi, l'abus sexuel relatif aux filles en situation de pauvreté, en situation d'urgence (refugiées).

3.4.4. Mécanismes de prise de décision (comment les décisions sont prises, qui est impliqué, les décisions sont-elles mise en œuvre ?)

Les décisions sont prises à travers l'application des textes de loi, des décrets, des arrêtés et des décisions.

Les acteurs impliqués dans les prises de décision en matière de DSSR sont décrits ci- dessous.

Au niveau de l'Etat :

- Le Comité de Coordination du Secteur de la Santé ;
- Le Comité régional de Coordination du Secteur de la Santé ;
- Le Comité Préfectoral de Coordination du Secteur de la Santé ;
- Les chefs des établissements des soins ;
- Le Comité Sous-Préfectoral de Coordination du Secteur de la Santé.

Il y a également d'autres acteurs impliqués indirectement dans la prise de décision. Il s'agit des :

- PTF ;
- OSC et OBC ;
- Communautés ;
- Leaders religieux ;
- Officiers de police judiciaires ;
- Magistrats des cours et tribunaux ;
- Les députés (l'Assemblée)

Les décisions prises sont faiblement appliquées et surtout les textes d'application ne sont pas disséminés à tous les niveaux.

3.4.5. Difficultés dans la mise en œuvre des décisions (problèmes de la mise en œuvre dus à quels facteurs humains, politiques ou économiques?)

Les difficultés dans la mise en œuvre des décisions en matière de DSSR :

- La mauvaise interprétation des textes religieux au regard des DSSR ;
- Les pesanteurs socioculturelles ;
- La faible dissémination des textes de lois ;
- La culture de l'impunité ;
- La réticence au changement des normes sociales ;
- L'insuffisance de ressources financières ;
- Les mœurs et coutumes ;
- L'absence de sanction ;
- L'insuffisance de ressources et absence de traduction des textes dans les langues du pays ;
- L'intégration souvent limitée aux niveaux stratégique et politique et la complexité des concepts liés à la santé de la reproduction ;
- L'absence de stratégie nationale d'intégration de la SR partagée par tous les intervenants ;

- Les ruptures fréquentes dans la mise en œuvre des programmes d'application des politiques de la santé reproductive à cause des convulsions sociopolitiques dans le pays ;
- Les croyances et pratiques religieuses et traditionnelles qui influencent négativement la vie des jeunes et des femmes en les exposants à des décès évitables.

4. Conclusion

4.1. Qu'est-ce qui fonctionne dans le domaine de la responsabilité dans le secteur?

Les textes de loi et réglementaires en DSSR existent et évoluent avec le temps. Les ONG et OSC sont actifs. Il y a de plus en plus de jeunes impliqués. Les PTF accompagnent les initiatives d'amélioration du secteur.

4.2. Ce qui ne fonctionne pas encore dans le système: les lacunes, les principaux goulets d'étranglement

Il découle des éléments de diagnostic les principaux goulets d'étranglement du secteur DSSR :

- Les barrières sociales et culturelles ;
- La faible connaissance des textes de lois par la population ;
- La mauvaise interprétation et faible application des textes de lois ;
- La faible couverture des programmes et projets ;
- La faible disponibilité des ressources financières ;
- La mauvaise perception de certains leaders communautaires ;
- L'analphabétisme des femmes ;

4.3. Recommandations

Nous formulons les recommandations suivantes :

- Pour la formulation des politiques et stratégies en rapport avec les DSSR :
 - ✓ Vulgariser et appliquer les textes de loi et réglementaires ;
 - ✓ Appliquer et de faire appliquer les lois déjà existantes en matière de DSSR et légiférer là où il existe des vides juridiques ;
 - ✓ Informer et sensibiliser les partis politiques, les membres de l'Assemblée nationale et les responsables locaux sur les DSSR.
- Pour la conception de projets ou de programmes DSSR :
 - ✓ Elaborer un programme multisectoriel de DSSR ;
 - ✓ Mettre en place un dispositif de suivi-évaluation efficace et facile d'accès ;
 - ✓ Promouvoir la recherche et la documentation des bonnes pratiques sur les DSSR ;
 - ✓ Mobiliser les ressources pour soutenir la mise en œuvre des programmes et projets ;
 - ✓ Promouvoir la santé sexuelle et reproductive dans les localités éloignées ;
 - ✓ Organiser des plaidoyers à l'intention des leaders politiques, religieux et Communautaires ;

- ✓ Lutter efficacement contre la corruption en milieu médical.
- Pour informer le dialogue et l'engagement avec les partenaires DSSR :
 - ✓ Vulgariser les documents de politique sectorielle ;
 - ✓ Rendre accessible l'information à tous sur l'avantage de la santé sexuelle et de reproduction ;
 - ✓ Informer et sensibiliser les femmes, les hommes, les adolescents, le personnel de santé, le personnel enseignant, et les leaders d'opinion (chefs de quartier et de village, chef religieux, hommes et femmes influents du milieu, responsables de partis politiques, etc.), les OSC sur les DSSR.
- Pour la prestation des services DSSR :
 - ✓ Mettre en place d'un mécanisme intégré de coordination et de suivi/ évaluation ;
 - ✓ Développer les activités génératrices de revenus des groupements des femmes et des jeunes ;
 - ✓ Mettre en place un mécanisme de coordination ;
 - ✓ Rendre accessible les tests de dépistage à tous ;
 - ✓ Promouvoir la recherche-action par rapport à la prestation de services de santé sexuelle et reproductive y compris les violences basées sur le genre ;
 - ✓ Promouvoir l'intégration du VIH et la santé sexuelle et reproductive ;
 - ✓ Renforcer la capacité des organisations de la société civile et les acteurs de terrain dans l'organisation des plaidoyers et dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive y compris la lutte contre toute forme de violence basée sur le genre ;
 - ✓ Renforcer la coordination des actions des différents départements étatiques intervenant dans le domaine des DSSR ;
 - ✓ Renforcer la formation des agents communautaires en DSSR.

Annexe 1 : Structures consultées

Guinée :

Catégories de représentations	Nombre de représentants	Noms des structures
Etat	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction Nationale de la Santé Familiale et de Nutrition/Division Santé Familiale/Section de la santé des Ado-Jeunes ▪ Direction Nationale de la Promotion et du Genre/Division Genre/Section IEC sur les violences : Point Focal de lutte contre la violence ▪ Direction Nationale de la Jeunesse et des Activités Socio-Educative/Division des Activités Socio-éducatives des Jeunes/Section Suivi Evaluation ▪ Réseau des parlementaires en population et développement ▪ Direction de la population du ministère en charge de la population
Sociétés civiles	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AGBEF (Association Guinéenne pour le Bien Être Familial) ▪ AfriYAN Guinée (réseau des ados et des jeunes en population et développement) ▪ PSI Guinée ▪ AJFDG (Association des Jeunes Filles Dévouées de Guinée)
PTF	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UNFPA ▪ Child Fund ▪ ONUfemme
Réseau des Jeunes et Adolescents	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réseau des Jeunes Ambassadeurs pour la SR/PF
Alliance des leaders religieux sur la SR/PF	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les Oulémas de Guinée
Institution de recherche	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CERCO (Cabinet d'Etudes, de Recherche et de Conseil)
Total	15	

Annexe 2 : Structures de la Task Force

N°	Prénoms et Noms	Structure	E-mail	Contact téléphonique
1	Mme Moussey Bangoura	Direction Nationale des Actions Sociales/Division Genre et Equité	mousseybadiana@yahoo.fr	+224 664 26 64 56
2	Mme Féridah Mara	Direction National de la Santé Familiale. Section Ado-Jeunes	Feridatata2@gmail.com	+224 622 18 01 66
3	Mme Fanta Wagué	UNFPA	wague@unfpa.org	+224 622 40 46 04
4	Mr Oubaidou Sow	Direction Nationale de la Jeunesse	sowoubaidou@gmail.com	+224 622 85 69 42
5	Mr Fassouma sanoh	AGBEF	sanohfassouma@gmail.com	+224 628 67 87 89
6	Jean Gossaga Kourouma	Coalition OSC/PF (AGEBEF : 1er vice-président)	Gossaga275@gmail.com	+224 628 47 63 34
7	Mr Cécé Honoumou*	Président du Réseau des Jeunes Ambassadeurs pour la SR/PF	cecehonoumou@gmail.com	+224 623 56 29 90

NB : un membre était absent, c'était le représentant de Child Fund (absence justifiée par l'organisation de la campagne de distribution des MILDA)

Annexe 3 : Questionnaire

Questionnaire pour l'étude sur l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR

Date _____ /

Pays _____ /

Structure _____ /

Responsable _____ /

Adresse et contacts _____ /

Questions	Réponses
1. Développement du secteur DSSR	
Quel a été le développement du secteur DSSR et la législation actuelle dans votre pays (veuillez indiquer les dates et les textes) ?	Date 1 : Texte :
	Date 2 : Texte :
	Date 3 : Texte :
	Date 4 : Texte :
	Date 5 : Texte :
2. Acteurs et mandats	
Qui sont les acteurs du secteur DSSR et quels sont leurs mandats dans votre pays ?	Acteur 1 : Mandat :
	Acteur 2 : Mandat :
	Acteur 3 : Mandat :
	Acteur 4 : Mandat :

	Acteur 5 :	Mandat :
3. Perceptions et appropriation des populations		
Quelles sont les perceptions des populations sur le secteur DSSR dans votre pays ?	Perception 1 : Perception 2 : Perception 3 : Perception 4 : Perception 5 :	
Les populations se sont-elles appropriées des services DSSR dans votre pays ?	Oui ___/ Non ___/ Veuillez justifier votre réponse :	
4. Financement du secteur DSSR et bénéficiaires		
Quelles sont les sources de financement du secteur DSSR dans votre pays ?	Source 1 : Source 2 : Source 3 : Source 4 : Source 5 :	
Quels sont les montants alloués ces dernières années au secteur DSSR (en dollars) dans votre pays ?	2015 :	

	<p>2016 :</p> <p>2017 :</p>
<p>Quels sont les principaux bénéficiaires des subventions et des services de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Bénéficiaire 1 :</p> <p>Bénéficiaire 2 :</p> <p>Bénéficiaire 3 :</p> <p>Bénéficiaire 4 :</p> <p>Bénéficiaire 5 :</p>
<p>5. Violence basée sur le genre</p>	
<p>Quels sont les différents types de violence basée sur le genre dans votre pays ?</p>	<p>Type 1 :</p> <p>Type 2 :</p> <p>Type 3 :</p> <p>Type 4 :</p> <p>Type 5 :</p>
<p>Que dit la loi de votre pays en la matière ?</p>	
<p>6. Décisions et leur mise en œuvre dans le secteur DSSR</p>	
<p>Comment les décisions sont-elles prises</p>	

en matière de DSSR dans votre pays ?	
Quels sont les acteurs impliqués dans les décisions selon vous ?	<p>Acteur 1 :</p> <p>Acteur 2 :</p> <p>Acteur 3 :</p> <p>Acteur 4 :</p> <p>Acteur 5 :</p>
Les décisions sont-elles effectivement mises en œuvre dans votre pays ?	<p>Oui ___/ Non ___/</p> <p>Veillez justifier votre réponse :</p>
Quelles sont les difficultés dans la mise en œuvre des décisions en matière de DSSR dans votre pays ?	<p>Difficulté 1 :</p> <p>Difficulté 2 :</p> <p>Difficulté 3 :</p> <p>Difficulté 4 :</p> <p>Difficulté 5 :</p>
7. Perceptions générales sur le secteur	
Quels sont les succès en matière de DSSR dans votre pays ?	<p>Succès 1 :</p> <p>Succès 2 :</p>

	<p>Succès 3 :</p> <p>Succès 4 :</p> <p>Succès 5 :</p>
<p>Quelles sont les principales résistances en matière de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Résistance 1 :</p> <p>Résistance 2 :</p> <p>Résistance 3 :</p> <p>Résistance 4 :</p> <p>Résistance 5 :</p>
<p>Quels sont les plus grands défis du secteur DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Défi 1 :</p> <p>Défi 2 :</p> <p>Défi 3 :</p> <p>Défi 4 :</p> <p>Défi 5 :</p>
<p>Quelles sont les principales opportunités en matière de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Opportunité 1 :</p>

	<p>Opportunité 2 :</p> <p>Opportunité 3 :</p> <p>Opportunité 4 :</p> <p>Opportunité 5 :</p>
<p>Quelles sont les idéologies/valeurs contraignant le changement en matière de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Idéologie/valeur 1 :</p> <p>Idéologie/valeur 2 :</p> <p>Idéologie/valeur 3 :</p> <p>Idéologie/valeur 4 :</p> <p>Idéologie/valeur 5 :</p>
<p>Quels sont les moteurs traditionnels du changement en matière de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Moteur traditionnel 1 :</p> <p>Moteur traditionnel 2 :</p> <p>Moteur traditionnel 3 :</p> <p>Moteur traditionnel 4 :</p> <p>Moteur traditionnel 5 :</p>
<p>Quels sont les moteurs émergents du changement en matière de DSSR dans</p>	<p>Moteur émergent 1 :</p>

votre pays ?	<p>Moteur émergent 2 :</p> <p>Moteur émergent 3 :</p> <p>Moteur émergent 4 :</p> <p>Moteur émergent 5 :</p>
Quelle est l'influence des groupes suivants à la politique en matière de DSSR dans votre pays ?	<p>Secteur privé :</p> <p>ONG/Société civile :</p> <p>Consommateurs :</p> <p>Médias :</p> <p>Leaders communautaires/religieux :</p> <p>Organisations de jeunes :</p> <p>Organisations de femmes :</p>
Existe-t-il des groupes sociaux, régionaux ou ethniques particuliers moins favorisés en matière de DSSR dans votre pays ?	<p>Oui ___/ Non ___/</p> <p>Veuillez justifier votre réponse :</p>
Quels sont les principaux goulets d'étranglement du secteur DSSR dans	Goulet d'étranglement 1 :

votre pays?	<p>Goulet d'étranglement 2 :</p> <p>Goulet d'étranglement 3 :</p> <p>Goulet d'étranglement 4 :</p> <p>Goulet d'étranglement 5 :</p>
Existe-t-il de la corruption ou du favoritisme en matière de DSSR dans votre pays ?	<p>Oui ___/ Non ___/</p> <p>Veillez justifier votre réponse :</p>
8. Recommandations	
Veillez formuler cinq recommandations pour améliorer le secteur DSSR dans votre pays.	<p>Recommandation 1 :</p> <p>Recommandation 2 :</p> <p>Recommandation 3 :</p> <p>Recommandation 4 :</p> <p>Recommandation 5 :</p>

Annexe 4 : Termes de référence

1- NOTE TECHNIQUE DE LA SUBVENTION STRATEGIQUE AMPLIFYCHANGE

1.1 CONTEXTE

Ayant bénéficié d'un premier financement d'AmplifyChange au Mali en Février 2017 et dans la dynamique de consolider les points de synergie développés avec CAEB, Ebenezer International a décidé en mai 2017 de postuler pour le deuxième appel à subvention Stratégique d'AmplifyChange en partenariat avec CAEB et, en facilitant la constitution d'un consortium d'organisations travaillant sur les questions en rapport avec les politiques et les stratégies de la santé de la reproduction. Ainsi, Ebenezer International, CAEB, Humanité & Inclusion et la Coalition des Organisations de la Société Civile pour le repositionnement de la planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone ont accepté de mettre ensemble leurs expertises et d'activer leurs réseaux d'organisations, afin de concevoir et de soumettre une proposition de projet compétitive à AmplifyChange.

La note conceptuelle soumise en juillet 2017 a été validée par AmplifyChange en Septembre 2017 et la proposition finale du projet a été soumise à AmplifyChange le 6 novembre 2017. Le Comité d'Evaluation Technique Indépendant et le Conseil Consultatif Indépendant d'AmplifyChange ont considéré la candidature du consortium comme une offre prometteuse pour contribuer aux objectifs d'AmplifyChange et l'ont tous les deux recommandée pour recevoir le financement offert par cette subvention stratégique. Une notification officielle d'AmplifyChange a été adressée au Consortium à la date du 5 mars 2018 à cet effet.

1.2 DEFIS LIES AUX POLITIQUES ET STRATEGIES DSSR EN AFRIQUE DE L'OUEST ET EN AFRIQUE AUSTRALE

Le Mali, le Niger, la Guinée, le Malawi et le Mozambique ont signé et ratifié un certain nombre de traités importants sur les droits des femmes et les droits de l'homme, entre autres :

- la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) ;
- le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et ;
- le Protocole de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, mieux connu sous le nom de Protocole de Maputo. Le Protocole de Maputo inclut spécifiquement une disposition en faveur de l'accès à l'avortement légal et sûr.

Beaucoup de ces pays ont adopté des lois nationales sur la santé de la reproduction, bien que la plupart n'ait pas encore élaboré de stratégies et de directives pour appliquer ces lois. Grâce à leur participation au Partenariat de Ouagadougou, le Mali, le Niger, le Burkina Faso et la Guinée ont élaboré un plan national de mise en œuvre chiffré pour la planification familiale et pris des engagements pour améliorer les services de planification familiale. Le Malawi, le Zimbabwe et le Mozambique ont fait des rapports sur la CEDEF et le Protocole sur le genre de la SADC.

Les défis en Afrique de l'Ouest et en Afrique australe incluent, mais ne sont pas limités à :

- des difficultés d'application de la loi en l'absence de législation d'application;

- des difficultés d'interprétation et de mise en œuvre de certaines dispositions (cas de dispositions relatives à l'avortement);
- peu d'appropriation parmi les détenteurs de droits, les populations et les plus grands bénéficiaires (femmes et jeunes) et les travailleurs de la santé;
- la persistance des violations des droits, en particulier chez les jeunes (pas d'accès à l'information, mariage précoce, pratiques néfastes, VBG, avortements);
- la persistance d'obstacles médicaux et attitudinaux dans les sites d'accouchement (les jeunes sont les plus touchés);
- des droits inefficaces des individus et des couples pour jouir de leur sexualité et de leur santé (en particulier les jeunes);
- l'absence de mécanisme de surveillance de l'application de la loi (OSC, parlementaires);
- des refus d'alignement sur les engagements et la convention internationale ;
- l'absence de normes harmonisées en matière de DSSR conformément aux engagements mondiaux, continentaux et régionaux et la promotion de leur domestication pour la SADC et les pays spécifiques;
- un manque de mécanismes de redevabilité liés à l'UA, à la SADC et aux pays avec des instruments pour suivre les progrès réalisés dans les pays afin d'atteindre les cibles sur les DSSR soutenant la SADC;
- insuffisance d'initiatives de plaidoyer avec des acteurs nationaux pour promouvoir la DSSR pour tous.

1.3 Objectif de la Subvention Stratégique

L'objectif de cette subvention stratégique est double:

- 3) Plaider et aider à améliorer la politique et la stratégie DSSR sur les thèmes prioritaires d'AmplifyChange aux niveaux régional et national dans 4 pays subsahariens en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Niger, Burkina Faso) ;
- 4) Faciliter le renforcement des capacités, l'engagement et la mise en réseau des organisations de la société civile pour une meilleure mise en œuvre, et le suivi et évaluation de l'impact des politiques en DSSR dans 4 pays subsahariens en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Niger, Burkina Faso).

Des visites d'échanges et des études comparatives seront menées au Malawi et au Zimbabwe.

1.4 Résultats attendus de la Subvention Stratégique

Le projet est conçu pour renforcer les initiatives stratégiques de plaidoyer aux niveaux national et régional, avec comme principaux résultats :

- une planification rigoureuse du plaidoyer de haut niveau dans les pays et la région ;
- un engagement et une influence accrues des OSC sur les processus politiques et budgétaires,
- les changements dans les politiques, les lois et les allocations budgétaires,
- l'amélioration de la qualité et de l'analyse des données
- le renforcement de la capacité des OSC à plaider en faveur de la DSSR,
- l'engagement accru d'alliés potentiels dans l'ensemble des secteurs et des mouvements,
- renforcement de la collaboration entre les OSC en Afrique de l'ouest et en Afrique australe
- la mise en œuvre des idées nouvelles localement conçues, et les leçons apprises partagées

- la participation et le leadership accrus des groupes marginalisés dans les OSCs.

1.5 Institutions régionales ou organisations inter-gouvernementales internationales partenaires

Ce projet travaillera avec 2 principales institutions régionales en Afrique de l'Ouest et en Afrique australe:

- 1) Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) à Bobo Dioulasso, Burkina Faso;
- 2) Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), siège régional de l'Afrique de l'ouest à Dakar, au Sénégal;

1.6 Zone géographique, régions et pays d'intervention du Projet

Le projet est mis en œuvre dans les deux régions ci-dessous de l'Afrique Subsaharienne :

- Afrique de l'Ouest: Guinée, Mali, Niger, Burkina Faso ;
- Afrique Australe : Malawi, Zimbabwe, Ouganda.

1.7 Rôles et responsabilités au sein du Consortium

Entre les membres du Consortium, la répartition du travail est faite comme suit:

La Coalition de la société civile pour le repositionnement de la planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone mettra en œuvre le plaidoyer, le lobbying et l'influence des OSC au Mali, au Niger, en Guinée et au Burkina Faso, de même que les visites d'échanges d'expérience au Malawi et en Ouganda.

Les études et recherches pour la production du pour la production et la diffusion du Rapport sur la performance des DSSR en Afrique subsaharienne pour 6 pays en Afrique de l'Ouest (au Mali, en Guinée, au Niger et au Burkina Faso) et en Afrique Australe (Malawi et Zimbabwe) seront mis en œuvre par **Ebenezer International**.

Humanité & Inclusion (Ex Handicap International) mettra en œuvre le renforcement des capacités des organisations de personnes handicapées et des organisations de la société civile.

La coordination du programme, de la gestion de la performance des ressources humaines, de la gestion financière et comptable et du suivi, de l'évaluation et du rapportage de ce projet seront mis en œuvre par **Conseils et Appui pour l'Education à la Base (C.A.E.B.)**. CAEB assurera le rôle de Leader du Consortium et à ce titre, est le signataire de tous les documents régissant les relations de partenariat entre le Consortium et AmplifyChange.

2- OBJECTIFS, ATTENTES ET PROFIL RECHERCHE POUR L'ETUDE

2.1 Objectifs de l'Etude

Les objectifs de l'étude sont :

- Réaliser l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour la Guinée dans le but de soutenir les efforts de plaidoyer des Organisations de la société civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale en Afrique de l'Ouest Francophone
- Travailler en étroite collaboration avec la Task Force mise en place en Guinée dans le cadre de l'Etude, de même qu'avec la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International pour identifier et collaborer efficacement avec les parties prenantes clefs du secteur DSSR dans le processus de l'analyse de l'économie politique

2.2 Résultat attendu

- Présenter un rapport final de 30 pages minimum et 50 pages maximum sans compter les annexes, qui capture les éléments essentiels d'une analyse de l'économie politique sectorielle, conformément aux normes de bonnes pratiques internationales et en conformité avec les exigences de la Proposition Technique du Projet ;
- Soumettre un rapport synthétique de 3 pages maximum présentant le déroulement de l'étude

2.3 Activités à réaliser

- Faciliter la mise en place et l'animation de la Task-Force associée à l'étude en Guinée
- Réunir, analyser et faire la synthèse de la documentation sur les DSSR pertinente pour les besoins de l'étude
- Concevoir les formulaires appropriés sur la base de la Proposition Technique du Projet et recueillir les informations pertinentes auprès des parties prenantes de la DSSR et procéder à leur analyse et synthèse
- Proposer et faire valider un canevas de rédaction du rapport final sur la base de la Proposition Technique du Projet par la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International au moins 15 jours avant la soumission du rapport final
- Rédiger en français le rapport final de l'étude et le rapport synthétique du déroulement de l'étude à soumettre à la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International
- Réaliser les différentes phases de l'étude dans les délais requis, tout en assurant une qualité supérieure des livrables

2.4 Profil recherché

- Avoir un Master 2 ou équivalent en politiques publiques, sciences politiques ou autre domaine connexe.
- Avoir une expérience pertinente et démontrable dans le domaine du plaidoyer et / ou du renforcement des politiques publiques et du cadre législatif ;

- Avoir une expérience démontrable dans la pratique des DSSR et en lien avec les réformes en la matière ;
- Avoir une expérience significative dans l'utilisation de méthodologies qualitatives auprès d'un large éventail de parties prenantes ;
- Avoir une expérience démontrable et significative dans l'organisation et l'animation de processus participatifs et de consultations ;
- Avoir au moins 5 ans d'expérience professionnelle dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive ;
- Avoir un réseau professionnel établi dans le secteur des DSSR autant au niveau national et local que régional ;
- Etre parfaitement francophone (écrire et parler correctement le français), une bonne connaissance de l'anglais serait un atout ;
- Connaître le Partenariat de Ouagadougou, ses réalisations, ses défis et enjeux serait un atout.
- Avoir une expérience de travail dans les pays du Partenariat de Ouagadougou serait un atout
- Diplomatie et capacité à faire preuve de discrétion de manière appropriée ainsi qu'à gérer les informations sensibles avec précaution ;
- Excellentes qualités interpersonnelles et capacité à communiquer efficacement avec des publics variés.
- Excellentes capacité d'analyse, de synthèse et compétences pour la production de livrables (rapport d'études, etc.) de haute qualité ;

2.5 Durée de la consultation

27 jours de travail entre le 14 Janvier 2019 et le 28 Février 2019 seront nécessaires pour cette consultation et qui pourrait être répartis ainsi :

- **Au début de la consultation** : 5 jours de travail pendant lesquels le consultant aura à prendre connaissance du projet et de ses parties prenantes, et organisera une réunion de cadrage initiale de l'étude avec une Task-Force constituée des représentants d'au moins 2 structures étatiques (1 de la Santé et 1 de la Statistique), 1 structure représentant les PTF en charge des DSSR et un représentant des OSC pour le repositionnement de la planification familiale en la Guinée
- **Pendant la consultation** : 10 jours de travail pendant lesquels le consultant procédera à la recherche documentaire et aura des réunions avec au moins 10 parties prenantes clefs du secteur DSSR en Guinée dont la liste sera élaborée par le Consultant et validée par Ebenezer International
- **A la fin de la consultation** : 12 jours de travail pendant lesquels le consultant rédigera le rapport d'analyse de l'économie politique de la Guinée, et organisera une réunion de cadrage finale de l'étude avec la Task-Force pour feedbacks au moins 5 jours avant la soumission du rapport final
- **Délai de soumission du rapport final** : Le rapport final intégrant les feed-back de la Task-Force sera transmis par email à la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International le 20 Février 2019 à 17 heures GMT pour validation définitive aux adresses suivantes :

- ebenezerinternational@gmail.com
- santosgrace90@gmail.com
- smonecata@gmail.com

2.6 Rémunération: à négocier à la signature du contrat.

Le paiement de livrables sera effectué selon les termes indiqués dans le contrat de mission et, après réception et validation des produits et livrables par la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International.

3- CANDIDATURE

Pour faire acte de candidature, vous pouvez envoyer votre CV avec au moins 3 références et vos propositions technique et financière aux adresses suivantes :

- ebenezerinternational@yahoo.fr
- santosgrace90@gmail.com
- smonecata@gmail.com

NB : Ebenezer International conduit cette même étude dans 6 pays en Afrique Sub-saharienne : Mali, Burkina Faso, Niger, Guinée, Malawi et Zimbabwe.

Un consultant peut postuler pour un pays donné, et un groupe de consultants peut postuler pour l'ensemble des 4 pays de l'Afrique de l'Ouest (Mali, Burkina Faso, Niger, Guinée) ou pour l'ensemble des 2 pays de l'Afrique Australe (Malawi et Zimbabwe), sous la responsabilité exclusive d'un Consultant Principal Senior, signataire du contrat avec Ebenezer International.

Dans le cas de la candidature d'un groupe de consultants, le Consultant Principal Senior doit inclure les CV des consultants associés dans la proposition technique.

Annexe 5 : Bibliographie

Conventions et textes internationaux :

1. Les objectifs mondiaux (ODD) à atteindre d'ici 2030
2. La Charte des Nations Unies signée à San Francisco
3. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de l'Assemblée Générale des Nations Unies
4. Plan d'action du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-SWAP)
5. La Convention internationale relative aux Droits de l'enfant (CIDE)
6. Convention pour l'Élimination des discriminations envers les femmes (CEDEF) et son protocole en 2000
7. Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, dit « Protocole de Maputo » en 2005.

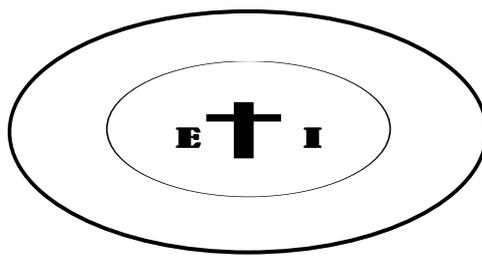
Lois, programmes, plans nationaux :

1. Loi sur la santé de reproduction
2. Ministère d'Etat des Affaires Sociales, de la Promotion. Féminine et de l'Enfance. Politique Nationale Genre
3. Loi L/2000/010/AN, Adoptant et Promulguant la Loi Portant Santé de la Reproduction ; Rép. De Guinée, Juillet 2000.
4. Plan Stratégique National de la Santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes (SRMNIA) 2016-2020
5. Plan stratégique national (PSN) pour l'accélération de l'abandon des mutilations génitales féminines /excision (MGF/E) 2012 – 2016. Ministère des affaires sociales, de la promotion féminine et de l'enfance
6. Politique Nationale de Santé Communautaire 2017. Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la médecine traditionnelle
7. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024

Rapports:

1. What is political economy analysis? An introductory text for the ODI workshop on Political Economy Analysis. 23-24 January, 2012. Overseas Development Institute.
2. Normes et Procédures en Santé de la Reproduction. Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition
3. Leçons tirées du premier cycle de l'examen périodique universel. Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. UNFPA
4. PNUD, RMDH 2010.
5. CIA The world factbook 2016
6. Sarah Vilpert, « De la Planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive : Une étude de cas ». Université de Genève. Janvier 2008. Faculté des Sciences Economiques et Sociales. Laboratoire de démographie et d'études familiales. Mémoire de maîtrise

7. 1 <http://mjp.univ-perp.fr/constit/gn2010.htm>
8. Rapport ; évaluation rapide des liens établis entre le VIH et la santé sexuelle et de la reproduction en Guinée. Novembre 2013-Janvier 2014. Rédigé par : Dr DABO Moustapha et KOUADIO Kapet Guillaume
9. Nouveau Code Pénal. Ministère de la Justice de Guinée. Février 2016
10. La délégation des tâches en matière de planification familiale au niveau communautaire dans les pays du partenariat d'Ouagadougou : expériences et leçons apprises pour une mise en œuvre effective. Population Council. Mars 2016
11. Rapport des Etats généraux de la santé. Cité par SRMNIA
12. Rapport Final SMART GUINÉE 2014. Cité dans SMIRNIA
13. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples en Guinée 2012
14. Rapport annuel MUSKOKA, 2015 ; Cité dans SRMNIA
15. Enquête nationale sur les violences basées sur le genre en guinée. Rapport final. Mars 2017.



Ebenezer International

Ebenezer International, Direction des Programmes Internationaux
Bamako, Mali, Afrique de l'Ouest
Immeuble BOZOLA. Route de Guarantiguibougou. Première Plaque
Rue 447. Porte 566
Tel : (223) 92 46 75 11 / 72 20 29 80
Email : ebenezerinternational.mali@gmail.com