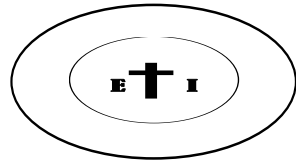




AMPLIFYCHANGE

Strategic Grant BR5S-UVKV-T8



Ebenezer International



**Analyse comparative ciblée
de la littérature en lien avec les DSSR
en Afrique de l'Ouest
Mali – Burkina Faso – Niger – Guinée**



Analyse comparative ciblée
de la littérature en lien avec les DSSR
en Afrique de L'Ouest
Mali – Guinée – Burkina Faso – Niger

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

Sigles & acronymes	3
Résumé exécutif	5
1. Introduction.....	7
2. Méthodologie et sélection des documents.....	9
3. Description et analyse critique	11
3.1. Conventions internationales, régionales et sous régionales	11
3.2. Constitutions, lois, politiques et programmes nationaux	13
3.3. Rapports réalisés par différentes parties prenantes des DSSR en Afrique de l'Ouest.....	30
3.4. Modules de formation sur les DSSR en Afrique de l'Ouest.....	52
3.5. Articles scientifiques réalisées sur les DSSR en Afrique de l'Ouest	55
4. Synthèse : Les convergences et les divergences entre les quatre pays	59
5. Principales recommandations	61
Annexe 1 : Questionnaire pour la recherche des documents.....	64
Annexe 2 : Documents reçus et analysés	65
Annexe 3 : Structures consultées.....	73
Annexe 4 : Structures de la Task-force.....	78
Annexe 5 : Termes de référence	82

Sigles & acronymes

AJCAD	Association des Jeunes pour la Citoyenneté Active et la Démocratie
AJM	Association des Femmes Juristes
AMPPF	Association malienne pour la Protection et de la Promotion de la Famille
AMSOPT	Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles
ASACO	Associations de santé communautaire
ASDAP	Association de Soutien au Développement des Activités de Populations
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CIPD	Conférence Internationale du Caire sur la Population et le Développement
DFID	Department for International Development
DNS	Direction Nationale de la Santé
DSSR	Droits et santé sexuelle et de la reproduction
EDSBF	Etude démographique et de santé du Burkina Faso
EDSG	Etude démographique et de santé de la Guinée
EDSM	Etude démographique et de santé du Mali
EDSN	Etude démographique et de santé du Niger
Equipop	Equilibres & Populations
EV VAEN	Enfants Victimes de Violences, d'Abus, d'Exploitation et de Négligence
FCI	Family Care International
FENASCOM	Fédération locale des associations de santé communautaire
FENASCOM	Fédération nationale des associations de santé communautaire
FERASCOM	Fédération régionale des associations de santé communautaire
GBVIMS	Gender based violence information management system (Système de gestion de l'information sur les VBG)
IRC	International Rescue Committee
IST	Infection sexuellement transmissible
MAJ Mali	Mouvement d'Action des Jeunes du Mali

MICS	Enquête à indicateurs multiples
MPFEF	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
MSF	Mutilation sexuelle féminine
MSH	Management Sciences for Health
MSI	Marie Stopes International
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
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PF	Planification familiale
PNG	Politique Nationale Genre
PNDS	Plan national de développement sanitaire (PNDS)
PRODESS	Programme de Développement Socio-Sanitaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RENAJEM	Réseau National de la Jeunesse Malienne
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
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TDR	Termes de référence
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
VBG	Violence basée sur le genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé exécutif

Amplify Change a une Subvention Stratégique qui a pour objectif de :

- 1) Plaider et aider à améliorer la politique et la stratégie DSSR sur les thèmes prioritaires d'Amplify Change aux niveaux régional et national dans 4 pays subsahariens en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Niger, Burkina Faso) ;
- 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 4 pays subsahariens en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Niger, Burkina Faso).

Cette subvention d'Amplify Change est l'initiative d'un Consortium de 4 organisations (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).

C'est dans ce cadre qu'une consultation a été demandée pour la revue et l'analyse comparative ciblée de la littérature DSSR en Afrique de l'Ouest.

Cette étude a été commanditée par Ebenezer International dans le cadre de la mise en œuvre de son paquet d'activités dans le cadre de ladite subvention.

De la recherche documentaire au niveau des structures et de notre recherche sur Internet et ailleurs, nous avons obtenu 90 documents que nous avons parcouru et analysé. Nous en avons choisi 52, composés de textes juridiques, de rapports, de politique et des articles scientifiques pour le présent rapport.

De l'analyse des différents documents traitant des DSSR dans les quatre pays, nous formulons les recommandations suivantes :

Conventions internationales, régionales et sous régionales

1. Respecter les conventions et chartes internationales relatives aux DSSR que les pays ont ratifiées

Constitutions, lois, politiques et programmes nationales

2. Améliorer le suivi/supervision de la mise en œuvre des décisions en matière de DSSR
3. Appliquer et de faire appliquer les lois déjà existantes en matière de DSSR et légiférer là où il existe des vides juridiques
4. Instaurer des espaces de dialogues et d'actions structurés au sein des communautés afin de renforcer les connaissances et les compétences en matière de DSSR
5. Faire appliquer les textes
6. Adresser les insuffisances dans les textes concernant les adolescentes de 10-14 ans

Rapports réalisés par différentes parties prenantes des DSSR en Afrique de l'Ouest

7. Mutualiser les expériences entre les pays
8. Développer le niveau d'éducation de la population, particulièrement des filles
9. Intensifier l'information et la communication
10. Soutenir les OSC et ONG qui œuvrent dans le cadre des DSSR
11. Développer des partenariats entre les pays en matière de DSSR
12. Organiser des émissions débat sur les radios, télé portant sur les textes et lois
13. Renforcer l'accessibilité aux centres de santé
14. Assurer une bonne coordination des acteurs et structures intervenant dans le domaine de DSSR
15. Octroyer un financement adéquat aux services de DSSR

Modules de formation sur les DSSR en Afrique de l'Ouest

16. Intégrer les DSSR à l'école
17. Organiser des séminaires et conférences régionaux afin de partager les expériences en matière de DSSR.
18. Renforcer la capacité de la police, de la gendarmerie, des agents de la justice et des parlementaires en matière de DSSR
19. Développer plus de modules de formation

Articles scientifiques réalisées sur les DSSR en Afrique de l'Ouest

20. Prendre en compte la particularité du milieu rural
21. Renforcer la recherche relative aux DSSR dans les universités

1. Introduction

Les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique australe font face à des 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.

Amplify Change a une Subvention Stratégique qui a pour objectif de :

- 3) Plaider et aider à améliorer la politique et la stratégie DSSR sur les thèmes prioritaires d'Amplify Change 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).

Cette subvention d'Amplify Change est l'initiative d'un Consortium de 4 organisations (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).

C'est dans ce cadre qu'une consultation a été demandée pour la revue et l'analyse comparative ciblée de la littérature DSSR en Afrique de l'Ouest.

Cette étude a été commanditée par Ebenezer International dans le cadre de la mise en œuvre de son paquet d'activités dans le cadre de ladite subvention.

Les objectifs de l'étude sont :

- Réaliser la revue et l'analyse comparative ciblée de la littérature en Afrique de l'Ouest avec des recommandations dans le but de soutenir les efforts de plaidoyer et de renforcement des capacités des Organisations de la société civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale en Afrique de l'Ouest Francophone
- Travailler en étroite collaboration avec les Task Forces mise en place dans les 4 pays de l'Afrique de l'Ouest 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 la revue de la littérature

Mandats de la mission :

Pour chacun des objectifs poursuivis, la mission d'évaluation fournira le travail ci-après.

- Faciliter la mise en place et l'animation de la Task-Force associée à la revue dans les 4 pays de l'Afrique de l'Ouest
- Réunir, analyser et faire la synthèse de la documentation sur les DSSR pertinente pour les besoins de la revue

- 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 au besoin et procéder à leur analyse et synthèse
- Proposer et faire valider un canevas de rédaction du rapport final de la revue 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 la revue et le rapport synthétique du déroulement de la revue à soumettre à la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International
- Réaliser les différentes phases de la revue dans les délais requis, tout en assurant une qualité supérieure des livrables.

Résultats attendus de la mission :

Au terme de ce processus d'évaluation externe, les principaux résultats suivants attendus :

1. Présenter un rapport final de 30 pages minimum et 50 pages maximum sans compter les annexes, qui capture les éléments essentiels d'une revue de littérature du secteur DSSR, conformément aux normes de bonnes pratiques internationales et en conformité avec les exigences de la Proposition Technique du Projet ;
2. Soumettre un rapport synthétique de 3 pages maximum présentant le déroulement de la revue.

2. Méthodologie et sélection des documents

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 dans les quatre pays.

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.

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, des Task Force et des groupes 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 canevas de documents recherchés (voir Annexe 1) a été élaboré et présenté aux différentes structures des quatre pays. Il comprend des :

- Conventions internationales, régionales et sous régionales ;
- Lois concernant les DSSR en Afrique de l'Ouest ;
- Politiques de DSSR en Afrique de l'Ouest ;
- Plan et programmes de DSRR en Afrique de l'Ouest ;
- Rapports réalisés par différentes parties prenantes des DSSR en Afrique de l'Ouest ;
- Modules de formations réalisées par différentes parties prenantes des DSSR en Afrique de l'Ouest ;
- Articles scientifiques réalisées par différentes parties prenantes des DSSR en Afrique de l'Ouest.

Le consultant 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.

Deuxième phase : Recherche documentaire et échanges en présentiel ou à distance avec les parties prenantes clefs du secteur DSSR dans chaque pays

De la recherche documentaire au niveau des structures et de notre recherche sur Internet et ailleurs, nous avons obtenu 90 documents (voir Annexe 2) que nous avons parcouru et analysé. Nous en avons choisi 52, composés de textes juridiques, de rapports, de politique et des articles scientifiques pour le présent rapport.

Les documents retenus ont été lus, résumés et intégrés dans une grille.

Troisième phase : Elaboration du rapport de la revue et de l'analyse comparative ciblée de la littérature DSSR en Afrique de l'Ouest pour le Mali, le Burkina Faso, le Niger et la Guinée, et organisation d'une réunion de cadrage finale de l'étude avec les 4 Task-Forces mis en place au début de la consultation pour feedbacks dans les 4 pays au moins 5 jours avant la soumission du rapport final.

Quatrième phase : Intégration des commentaires sur le rapport provisoire

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

3. Description et analyse critique

3. 1. Conventions internationales, régionales et sous régionales

N°	Titre du document	Année	Auteur	Pays	Analyse
1	De la Planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive : Une étude de cas. Université de Genève. Faculté des Sciences Economiques et Sociales. Laboratoire de démographie et d'études familiales. Mémoire de maîtrise	2008	Sarah Vilpert	Général	La première partie du Document est consacrée à l'objet principal de la Conférence du Caire, à savoir la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR). Une large définition du concept de SSR a été présentée. La genèse des différentes conférences internationales de la population ; ainsi que le développement des DSSR y sont présentés en détails.
2	Les objectifs mondiaux (ODD)	2015	Nations Unies	Général	Dans les objectifs mondiaux (ODD) à atteindre d'ici 2030, il y a particulièrement 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.
3	La Charte des Nations Unies signée à San Francisco en	1945	Nations Unies	Général	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, 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 ».
4	La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme	1948	Nations Unies	Général	La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme 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 ».
5	La Convention internationale relative aux Droits de l'enfant	1990	Nations Unies	Général	Dans la Convention internationale relative aux Droits de l'enfant (CIDE), « les Etats parties s'engagent à respecter les droits qui sont

	(CIDE)				énoncés dans la Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation. » (Article 3). « 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).
6	La Convention pour l'Elimination des discriminations envers les femmes (CEDEF) en 1985 et son protocole	2000	Nations Unies	Général	Dans la Convention pour l'Elimination des discriminations envers les femmes (CEDEF), « 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).
7	La Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples en 1981 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.	2005	Union Africaine	Général	Dans la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples en 1981 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, 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 grossesses non désirées et

					des avortements à risque <ul style="list-style-type: none"> • offrir des services avortements sans risque dans le cadre des dispositions de la loi.
--	--	--	--	--	--

Le Burkina Faso, la Guinée, le Mali et le Niger ont ratifié : (i) la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1948) ; (ii) La Convention sur l'élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'égard des Femmes (CEDEF) ; (iii) la Convention des Nations Unies Relative aux Droits de l'Enfant (CDE)¹ et (iv) les ODD ; (v) la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, relatifs aux droits de la femme en Afrique, adoptée en juillet 2003.

3.2. Constitutions, lois, politiques et programmes nationaux

N°	Titre du document	Année	Auteur	Analyse
Burkina Faso				
1	Constitution		Etat	<p>La constitution burkinabé interdit toute forme de discrimination, notamment celles fondées sur la race, l'ethnie, la religion, la couleur, le sexe, la langue, la caste, les opinions politiques, la fortune et la naissance. Tous les Burkinabés naissent libres et égaux en droits. Tous ont une égale vocation à jouir de tous les droits et de toutes les libertés garantis par la présente Constitution. Les discriminations de toutes sortes, notamment celles fondées sur la race, l'ethnie, la région, la couleur, le sexe, la langue, la religion, la caste, les opinions politiques, la fortune et la naissance, sont prohibées ». (Article 1er de la Constitution).</p> <p>La Constitution en son article 2 garantit la protection de la vie, la sûreté et l'intégrité physique. « La protection de la vie, la sûreté, et l'intégrité physique sont garanties. Sont interdits et punis par la loi, l'esclavage, les pratiques esclavagistes, les traitements inhumains et cruels, dégradants et humiliants, la torture physique ou morale, les sévices et les mauvais traitements infligés aux enfants et toutes les</p>

¹ Le Niger a ratifié en 1999 avec des réserves au niveau des Articles 2, 5, 15, 16 et 29,

				<p>formes d'avilissement de l'Homme. »</p> <p>La constitution en son article 18 fait de l'éducation, de l'instruction, la santé et de la formation des droits qu'elle vise à promouvoir: « l'éducation, l'instruction, la formation, le travail, la sécurité sociale , le logement, le sport, les loisirs, la santé, la protection de la maternité et de l'enfance, l'assistance aux personnes âgées et handicapées et aux cas sociaux, la création artistique et scientifique, constituent des droits sociaux et culturels reconnus par la présente constitution qui vise à les promouvoir ».</p> <p>La Constitution reconnaît la famille comme cellule de base de la société que l'État doit protéger. « La famille est la cellule de base de la société. L'Etat lui doit protection. Le mariage est fondé sur le libre consentement de l'homme et de la femme. Toute discrimination fondée sur la race, la couleur, la religion, l'ethnie, la caste, l'origine sociale, la fortune est interdite en matière de mariage. Les enfants sont égaux en droits et en devoirs dans leurs relations familiales. Les parents ont le droit naturel et le devoir d'élever et d'éduquer leurs enfants. Ceux-ci leur doivent respect et assistance. » (Article 23).</p>
2	Loi SR	2005	Etat	<p>La loi portant santé de la reproduction, N°049-2005 /AN du 21 /12/2005, reconnaît que tout individu y compris les adolescents et les enfants, tout couple a droit à l'information, à l'éducation concernant les avantages, les risques et l'efficacité de toutes les méthodes de régulation des naissances. (Art. 11).</p> <p>Les couples et les individus décident librement et avec discernement du nombre de leurs enfants ainsi que de l'espacement de leurs naissances (Art 9).</p>

			<p>La loi portant Santé de la reproduction reconnaît que « tout individu y compris les adolescents et les enfants sont égaux en droit et en dignité en matière de Santé de la Reproduction. Le droit à la santé de la reproduction est un droit fondamental garanti à tout être humain tout au long de sa vie en toute situation et en tout lieu ».</p> <p>Toute femme a droit à un accouchement assisté par un personnel de santé qualifié. (Art. 12 de la loi portant santé de la reproduction).</p> <p>Les personnes malades du SIDA ou porteuses du VIH qui le déclarent bénéficient d'une assistance particulière en matière d'appui psychosocial, de conseils et tous autres services adéquats ; elles reçoivent des soins médicaux adaptés. (Art. 14 de la loi portant santé de la reproduction).</p> <p>Selon l'article 15 de la loi portant SR, « l'Etat, les collectivités territoriales, les groupements communautaires et autres personnes morales, par le biais de leurs représentants doivent, dans le cadre de leurs activités, veiller à la sauvegarde, à la protection et la promotion du droit de tout être humain à la santé de la reproduction par l'assistance, le conseil, l'information, l'éducation et la communication. »</p> <p>L'article suivant, va plus loin en précisant que tout individu doit contribuer à la sauvegarde, à la promotion de l'état de bien-être des personnes constituant son entourage par les mêmes moyens que ci-dessus.</p> <p>Tout individu qui a connaissance de son état de malade d'infections sexuellement transmissibles (IST) ou d'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), a le devoir d'informer son (ses) partenaire(s). (Art. 17 de la loi portant santé de la reproduction).</p>
--	--	--	---

				<p>Tout individu qui a connaissance de son état d'infection au VIH et qui ne prend pas les précautions nécessaires et suffisantes pour la protection de son (ses) partenaire (s) encourt une amende de cent mille (100 000) à un million (1000 000) de francs CFA. (Art.18 de la loi portant santé de la reproduction). S'il en est résulté une contamination, il encourt la peine de tentative d'homicide volontaire conformément aux dispositions du code pénal. S'il en est résulté la mort, il encourt la peine d'homicide volontaire, conformément aux dispositions du code pénal.</p>
3	Code pénal	2018	Etat	<p>Sont considérées comme des mutilations génitales féminines par l'article 380 du Code pénal (Loi n°025-2018/AN portant code pénal), le fait de porter atteinte à l'intégrité de l'organe génital d'une femme par ablation totale, par excision, par infibulation, par insensibilisation ou par tout autre moyen.</p> <p>Aux termes de l'article 380 du Code pénal, les MGF/ l'excision constituent un délit puni d'un emprisonnement de six (6) mois à trois (3) ans et ou d'une amende de 150 000 F à 900 000 F. Le même article aggrave les peines cinq (5) à dix (10) ans d'emprisonnement en cas de décès de la victime.</p> <p>Le viol est un acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte ou surprise. Le viol est puni d'un emprisonnement de cinq à dix ans. (Art. 417).</p> <p>L'article 387 du Code pénal dispose que l'interruption volontaire de grossesse peut être pratiquée à toute époque si« deux médecins, dont l'un exerçant dans une structure sanitaire publique, atteste après examen que le maintien de la grossesse met en péril la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à</p>

				<p>naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic ».</p> <p>En outre, « en cas de viol ou d'inceste établis, la matérialité de la détresse est établie par le Ministère Public et la femme enceinte peut demander à un médecin dans les dix premières semaines, l'interruption de la grossesse ».</p>
4	Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020 du Burkina Faso	2011	Etat	<p>Le but de la Politique nationale de santé est de contribuer au bien-être des populations. Pour atteindre ce but, huit orientations stratégiques (OS) ont été retenues :</p> <ul style="list-style-type: none"> • développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ; • amélioration des prestations de services de santé ; • développement des ressources humaines pour la santé ; • promotion de la santé et lutte contre la maladie ; • développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé ; • amélioration de la gestion du système d'information sanitaire ; • promotion de la recherche pour la santé ; • accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé. <p>Selon le document du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020, les orientations stratégiques du PNDS sont celles de la Politique nationale de santé.</p>
5	Politique Nationale Genre	2009	Etat	<p>Le Document de la Politique Nationale Genre de 2009, élaboré dans une perspective de long terme, entend relever des défis majeurs tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la transformation qualitative de la société burkinabé en vue de lever les

				<p>obstacles socio culturels et économiques pour un développement équitable et durable ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'élimination des inégalités entre les hommes et les femmes dans tous les domaines ; • le renforcement des capacités et compétences des communautés et des acteurs du développement en matière de genre dans la perspective de la réduction de la pauvreté ; • la levée des obstacles à la parité entre les sexes dans les stratégies nationales, les politiques et procédures budgétaires pour atteindre les objectifs du CSLP et des OMD et ; • la promotion des droits fondamentaux des femmes et des hommes pour plus de justice sociale et d'égalité de chance dans le développement. <p>Le document de politique genre du Burkina Faso indique dans l'Axe Stratégique 5 la promotion du respect des droits et l'élimination des violences. Dans cet axe il y a les objectifs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer un égal exercice des droits civiques et politiques. • Améliorer la connaissance des droits humains et l'accès de tous à la justice. • Eliminer les violences basées sur le genre.
Guinée				
6	Constitution	2010	Etat	<p>L'article 5 de la constitution guinéenne, 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. Dans son article 6, l'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 ».</p> <p>L'article 8 renchérit : « Tous les êtres humains sont égaux devant la loi. Les</p>

				<p>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 ».</p> <p>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.</p>
7	Loi SR	2000	Etat	<p>La Loi L/10/2000 sur la santé de la reproduction fut adoptée en 2000. Cette loi, dont le décret d'application a été signé 10 ans après (2010), 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).</p> <p>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.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • toutes les formes de violences et particulièrement celles dont les femmes et les enfants sont victimes en général;

				<ul style="list-style-type: none"> • 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.
8	Code pénal			<p>Le chapitre V du nouveau Code pénal guinéen, intitulé « Des autres atteintes à l'intégrité physique » opère une nette différenciation des sanctions infligées aux auteurs des ablations des organes génitaux selon que la victime est de sexe masculin ou féminin.</p> <p>La Section I de ce chapitre, qui traite de la castration, définit cet acte, aux termes de l'article 257, comme étant « l'ablation ou la mutilation des organes génitaux de l'homme » et punit le coupable de cette infraction d'une peine de réclusion criminelle de 10 à 20 ans. Et si la castration cause la mort de la victime, le coupable encourt la peine de réclusion criminelle à perpétuité.</p> <p>En revanche, la Section II du même chapitre, consacrée aux mutilations génitales féminines, définies par l'article 258 comme étant « toute ablation partielle ou totale des organes génitaux des jeunes filles ou des femmes ou toutes autres opérations concernant ces organes », prévoit des peines nettement inférieures à celles prévues pour la castration. En effet, l'article 259 qualifie les MGF de « violences volontaires sur la personne de l'excisée » prévoit une peine d'emprisonnement de 3 mois à 2 ans et une amende de 500.000 à 2.000.000 de francs guinéens ou de l'une de ces deux peines seulement. La loi érige ainsi la castration en crime et les MGF, toutes formes confondues, en délit.</p>

			<p>En outre, le paragraphe 3 de l'article 259 semble introduire une confusion en disposant que, en matière de MGF, « s'il y a eu préméditation ou guet-apens, l'emprisonnement est de 2 à 5 ans et l'amende de 1.000.000 à 3.000.000 de francs guinéens ». Cela suppose que les MGF peuvent être pratiquées sans préméditation. Or, en tenant compte des motivations qui les sous-tendent, de la façon dont elles sont pratiquées et les rituels qui les accompagnent, les MGF constituent toujours un acte prémédité.</p> <p>La différence du régime de répression de la castration et les MGF se remarque encore plus nettement dans les articles 260 et 261 du même code.</p> <p>Aux termes de l'article 260, « lorsque la mutilation génitale féminine a entraîné une infirmité, les auteurs sont punis de la réclusion criminelle de 5 à 10 ans et d'une amende de 1.000.000 à 3.000.000 de francs guinéens ou de l'une de ces deux peines seulement. Et l'article 261 dispose que « lorsque la mort de la victime s'en est suivie, les auteurs sont punis de la réclusion criminelle de 5 à 20 ans », tandis que si la castration entraîne mort de la victime, le coupable est condamné à la réclusion criminelle à perpétuité, aux termes de l'article 257.</p> <p>Le fait que le régime répressif des MGF soit nettement plus indulgent que celui de la castration constitue non seulement une discrimination à l'égard des filles et femmes, mais peut constituer également un frein à la lutte contre l'ablation des organes génitaux féminins, tant les sanctions sont faibles.</p> <p>En matière de coups, blessures et violences volontaires, y compris entre époux, le</p>
--	--	--	--

				<p>nouveau Code pénal de Guinée prévoit une peine adéquate pour ces infractions qui peuvent être correctionnelles ou criminelles en fonction de leur degré ou de leurs effets sur la victime. L'article 248 de ce code dispose que les peines prévues par les articles 239 à 243 sont applicables en matière de coups, blessures et violences entre époux.</p> <p>La portée de cette avancée est fortement atténuée par le paragraphe 2 de l'article 248 qui dispose : « toutefois, 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 ».</p>
9	Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024	2015	Etat	<p>Il voudrait que « D'ici 2024 la prévalence contraceptive en Planification Familiale, passera de 19% à 51% ». Cette nouvelle vision sectorielle est matérialisée par trois orientations stratégiques et six sous stratégies qui sont déclinées en stratégies d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientation stratégique 1 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence • Orientation stratégique 2 : Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées • Orientation stratégique 3 : Renforcement du système national de santé <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sous-orientation stratégique 3.1 : Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire ✓ Sous-orientation stratégique 3.2 : Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé ✓ Sous-orientation stratégique 3.3 : Développement des ressources humaines de qualité ✓ Sous-orientation stratégique 3.4 : Amélioration de l'accès aux

				<p>médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sous-orientation stratégique 3.5 : Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé ✓ Sous-orientation stratégique 3.6 : Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire
10	Politique Nationale Genre	2017.	Etat	<p>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 souscrit.</p> <p>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.</p>
Mali				
11	Constitution	1992	Etat	<p>La Constitution du Mali du 25 février 1992 garantit les mêmes droits aux citoyens des deux sexes sans discrimination et proclame dans son préambule, la défense des droits de la femme et de l'enfant ainsi que la diversité culturelle et linguistique de la communauté nationale. Dans son préambule, la Constitution malienne affirme la souscription du Peuple souverain à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948 et la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des peuples. Le principe de primauté des droits universels sur les lois nationales est affirmé dans la Constitution. C'est ainsi que l'article 116 de la Constitution accorde aux traités et accords internationaux dûment ratifiés et publiés une force obligatoire supérieure à celle des lois nationales.</p> <p>La Constitution du Mali en son article 3 reconnaît le droit à l'intégrité physique</p>

				et interdit la torture, les traitements, inhumains cruels et dégradants. Elle consacre la répression de ces violations à travers la punition de leurs auteurs.
12	Loi SR	2002	Etat	<p>La loi sur la santé de reproduction a été adoptée et promulguée en juin 2002. La santé de la reproduction y est définie en ces termes : « le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non seulement l'absence des maladies ou d'infirmités. Elle prend en compte l'ensemble' des mesures préventives, curatives et promotionnelles visant à améliorer la prise en charge des groupes vulnérables que constituent les femmes. Les enfants, les jeunes adultes afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles juvéniles et promouvoir ainsi le bien-être de tous les individus. » (Article 1).</p> <p>La loi stipule dans son article 2 que « Les hommes et les femmes sont égaux en droit et en dignité en matière de santé de la reproduction. » En plus, ils « ont le droit égal de liberté, de responsabilité, d'être informés et d'utiliser la méthode de planification ou de régulation des naissances de leur choix, qui ne sont pas contraires à la loi. » (Article 3).</p> <p>De même, « tout individu qui acquiert la connaissance de son état de malade du Sida ou vivant avec le VIH, a l'obligation d'informer son partenaire et de prendre toutes dispositions pour éviter de contaminer autrui » (Article 6). Car, « la transmission volontaire du VIH/Sida est assimilée à une tentative de meurtre et punie des peines prévues par le Code Pénal pour la répression de cette infraction » (Article 15).</p>
13	Code pénal	2001	Etat	Le Code Pénal malien (Loi N°-01- 079 du 20 août 2001 portant code pénal) prévoit des sanctions variables contre les coups et blessures volontaires (articles 207 et

				<p>226), la répudiation, la pédophilie, l'abandon de foyer et d'enfant, l'enlèvement de personnes (par fraude, violence ou menaces), la traite, le gage et la servitude des personnes, le trafic d'enfants, le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée et la grossesse forcée ;</p> <p>Selon les articles 226 et 227 du Code Pénal malien, le viol est sanctionné selon le cas par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 à 20 ans de prison et facultativement, 1 à 5 ans, • 5 à 20 ans d'interdiction de séjour, • les travaux forcés à perpétuité.
14	Plan Décennal de Développement Sanitaire Social (PDDSS) 2014-2023	2014	Etat	<p>Le Plan Décennal de Développement Sanitaire Social (PDDSS) 2014-2023, document de référence nationale pour toutes les interventions dans le secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la famille, a aussi inscrit comme priorité la promotion de la PF dans le souci de « réduire la mortalité maternelle et néonatale ». Avec pour objectif d'augmenter la PC à 30% en 2025. Parmi les objectifs spécifiques figure la mise en œuvre « d'interventions spécifiques pour renforcer la continuité de l'offre de services PF de qualité notamment l'utilisation des méthodes de longue durée, l'augmentation de la demande des services de la PF et la facilitation de l'accès des femmes, des hommes, des jeunes et adolescents aux services de PF ».</p> <p>Le Programme de développement socio-sanitaire 2014-2018 (PRODESS III) découle du PDDSS, mais se limite à la période 2014-2018. Le document présente les déterminants de l'état de santé, parmi lesquels une partie est consacrée aux thématiques : « droits et santé ; femmes et enfants ; genre ». Les opportunités</p>

				identifiées sont, entre autres : promouvoir le concept de « genre » ; renforcer les capacités opérationnelles des acteurs de terrain; améliorer le cadre juridique national en ce qui concerne la lutte contre les violences basées sur le genre, en particulier l'excision et les mariages précoces; développer un cadre juridique spécifique à certaines violences basées sur le genre, telles que l'excision féminine ; renforcer l'accompagnement des couples en faveur de la PF, en particulier à travers un plaidoyer en faveur d'un meilleur accès aux techniques modernes de contraception.
15	Politique Nationale Genre	2009	Etat	La Politique Nationale Genre du Mali (PNG-Mali) 2009-2018 établit un état des lieux relativement complet des inégalités liées au genre au Mali. L'un des axes stratégiques de la politique vise l'« amélioration de l'accès à des services de santé de proximité (santé de la reproduction) ». Un autre axe stratégique de la politique est de sensibiliser et éduquer la population. Cet axe a un objectif spécifique qui concerne directement les DSSR : « Intensifier les campagnes de sensibilisation et d'éducation en vue d'enrayer les pratiques néfastes à l'intégrité et à la santé des femmes et des jeunes filles et préconiser des comportements responsables en matière de santé de la reproduction ».
Niger				
16	Constitution	2010	Etat	L'engagement du Niger au niveau international et régional sur les droits humains et particulièrement sur les droits des femmes a eu des répercussions sur le cadre législatif et réglementaire du pays. Cela transparait d'ailleurs dans le préambule de la Constitution du 25 novembre 2010, qui réaffirme son opposition absolue à tout régime politique fondé sur la dictature, l'arbitraire, l'impunité, l'injustice, la corruption, la concussion, le régionalisme, l'ethnocentrisme, le népotisme. La constitution ; dans son article 8, dispose : « la République du Niger est un Etat

				<p>de droit. Elle assure à tous l'égalité devant la loi sans distinction de sexe, d'origine sociale, raciale, ethnique ou religieuse. Elle respecte et protège toutes les croyances. Aucune religion, aucune croyance ne peut s'arroger le pouvoir politique ni s'immiscer dans les affaires de l'Etat. Toute propagande particulariste de caractère régionaliste, raciale ou ethnique, toute manifestation de discrimination raciale, sociale, sexiste, ethnique, politique ou religieuse sont punies par la loi ».</p> <p>Abordant la question des droits humains, la Constitution du Niger en son article 10 dispose que « Tous les nigériens naissent et demeurent libres et égaux en droits et en devoirs. Toutefois, l'accès de certaines catégories de citoyens aux mandats électoraux, aux fonctions électives et aux emplois publics peut être favorisé par des mesures particulières prévues par la loi ».</p> <p>L'article 22 par ailleurs, stipule que « L'Etat prend les mesures de lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants dans la vie publique et privée ».</p>
17	Loi SR	2006	Etat	<p>La Loi N° 2006-16 du 21/6/2006 portant sur la Santé de la Reproduction au Niger définit la SR au Niger, ses principes et droits ses structures, son personnel et les soins et services en matière de SR. Cette loi annonce les conditions d'incrimination et de répression des actes attentatoires aux droits en matière de santé sexuelle et de la reproduction ainsi que des violations des dispositions pertinentes de la présente loi dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • toutes les formes de violences dont les femmes et les enfants sont victimes en général, et les mutilations génitales féminines et la pédophilie en particulier, • la transmission volontaire du VIH/SIDA,

				<ul style="list-style-type: none"> • l'exploitation sous toutes ses formes de la prostitution et le trafic des femmes et des enfants. <p>Par ailleurs, la Loi 2006-16, dans son article 2, rappelle le caractère universel du droit à la santé de la reproduction : « Tous les individus sont égaux en droit et en dignité en matière de santé de la reproduction. Le droit à la santé de la reproduction est un droit universel fondamental garanti à tout être humain, tout au long de sa vie, en toute situation et en tout lieu ; [...] Aucun individu ne peut être privé de ce droit dont il bénéficie sans discrimination aucune, fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre situation. »</p>
18	Code pénal	2008	Etat	<p>L'esprit de cette constitution apparaît dans le code pénal du Niger en son article 102 qui stipule que : « Tout acte de discrimination raciale ou ethnique, de même que toute propagande régionaliste, toute manifestation contraire à la liberté de conscience et à la liberté de culte, susceptible de dresser les uns contre les autres, les citoyens, sera punie d'un à cinq ans d'emprisonnement et de l'interdiction de séjour ».</p> <p>Le code pénal du Niger (2003) tel qu'amendé par la loi 2008 -18 punit les actes de violences sous diverses qualifications : coups et blessures volontaires, violences et voies de fait, mutilations génitales féminines, attentat à la pudeur, harcèlement sexuel, viol...</p>
19	Plan national de développement sanitaire 2016 - 2020	2016	Etat	<p>Le Plan national de développement sanitaire 2016 - 2020 s'articule autour de six axes stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gouvernance et leadership • Financement de la santé

				<ul style="list-style-type: none"> • Offre et utilisation des services de sante • Lutte contre la maladie • Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes • Prévention et promotion de la sante de l'hygiène publique.
20	Politique Nationale Genre	2008	Etat	<p>L'élaboration de la Politique Nationale Genre (PNG) vise à opérationnaliser les principes constitutionnels d'égalité et de respect des droits humains, mais aussi à traduire dans les faits, les engagements nationaux et internationaux de l'Etat en faveur de la promotion de l'équité et l'égalité de genre au Niger.</p> <p>La formulation de la PNG est articulée autour de quatre domaines considérés comme déterminants dans la promotion de l'égalité de genre au Niger, à savoir : (i) le contexte socioculturel, (ii) les secteurs socio-économiques, (iii) le cadre juridique en vigueur et (iv) les mécanismes politiques et institutionnels.</p> <p>Selon la PNG : « Les filles et les femmes subissent toutes sortes de violences parmi lesquelles les violences sexuelles et psychologiques sont les plus visibles du fait de la précocité des mariages avec son lot de conséquences sur leur intégrité physique et leur santé [...] L'âge moyen du mariage est de 15 ans ; entre 15 et 19 ans, 36% des filles sont déjà mères ou enceintes. Le mariage d'enfants ou mariage précoce a pour conséquence les grossesses précoces avec des cas d'invalidité dont la fistule et beaucoup de cas de mortalité maternelle. Le Niger enregistre une fréquence anormalement élevée de fistules. L'âge moyen des patientes est de 13 ans et la fistule survient dans 58% des cas lors du premier accouchement ».</p>

3.3. Rapports réalisés par différentes parties prenantes des DSSR en Afrique de l'Ouest

N°	Titre du document	Année	Auteur	Pays	Analyse
1	Etat du financement de la santé au Mali : Note à l'intention de la délégation malienne à la conférence HHA des ministres de la santé et des ministres des finances prévue du 4 au 5 juillet 2012 en Tunisie	2012		Mali	<p>Le document montre que les dépenses de santé augmentent d'année en année au Mali. On estime à 567 milliards FCFA les dépenses totales de santé en 2009 contre 141 milliards de FCFA en 2001. Plusieurs sources contribuent au financement de la santé. On y rencontre les pouvoirs publics, les collectivités territoriales (conseils régionaux, conseils de cercle et les communes), les employeurs (entreprises publiques et privées), les ONG nationales, les coopérations bilatérale et multilatérales, et les ménages. De toutes ces sources de financement, les ménages contribuent le plus au financement de la santé avec au moins 50% des dépenses totales de santé. Le Gouvernement, en collaboration avec ses partenaires au développement et les autres acteurs de la santé, a mis en place de nombreux mécanismes alternatifs de financement de la santé. Selon la source de provenance des fonds, on y distingue des mécanismes basés sur les impôts et taxes, des mécanismes basés sur la capitation (cotisation) et des mécanismes mixtes (combinaison de plusieurs types de mécanismes).</p> <p>Parallèlement à ces dispositifs, d'autres mécanismes de financement de la santé comme la caisse de solidarité, la caisse villageoise de solidarité santé, le programme de gratuité de la césarienne, sont mis en œuvre.</p> <p>L'article recommande que l'Etat se dote d'une politique claire et cohérente de financement rationnel de la santé pour éviter les effets de</p>

					la dispersion des ressources, elle-même source d'inefficience du système.
2	Le Financement de la santé au Mali : Journée Académique de l'Ordre des Médecins du Mali Bamako le 12 aout	2017	Touré Bokar	Mali	Pour ce document, selon les Comptes de la Santé (CS-2013), l'augmentation de 117 % entre 2004 et 2013 de la dépense totale de santé (DTS) a permis de faire passer la dépense de santé par habitant de 27 \$ US à 42 \$ US. Environ 73,6 % de la DTS provenait de sources nationales, et 26,4 % du reste du monde (financement extérieur). Les ménages constituent la principale source des financements nationaux (51,6 % de la DTS) et 98,7 % de leurs dépenses sont faites sous forme de paiements directs. La part du financement de l'administration publique à la santé représentait 11,7 % de la DTS malgré l'importance des ressources internes dans les dépenses totales de santé (principalement due aux contributions des ménages). La crise de 2012 a eu des conséquences à court terme sur le financement du secteur. L'appui de l'État est passé de 96 à 54,6 milliards de Fcfa entre 2011 et 2012 pour l'ensemble du secteur de la santé (tous ministères confondus), et de 57,6 à 18 milliards de Fcfa au cours de la même période pour le MSHP. En 2015, le financement de l'État atteint encore difficilement les niveaux d'avant la crise. L'appui budgétaire direct à l'ensemble du secteur de la santé, a enregistré une forte baisse (passant en moyenne de 19,5 % entre 2009 et 2011 à 8,8 % en moyenne entre 2012 et 2014). Par rapport aux engagements de l'Etat il y a : des progrès lents dans la mise en œuvre de la Déclaration d'Abuja ; les financements innovants peu développés (parmi les 22 pays qui n'ont pas réalisés 'objectif de 44 US\$) ; bonne évolution par rapport aux recommandations de la Commission macroéconomique.
3	Rapport sur la contribution du secteur prive à l'amélioration des	2012		Burkina	Le document est un rapport sur la contribution du secteur privé de santé à l'amélioration des indicateurs de santé au Burkina Faso. Il a permis de

	indicateurs de sante 2011. 3ème édition.			Faso	mettre en relief quelques activités de soins qu'offrent ces structures aux populations. L'analyse des différents indicateurs contenus dans ce document montre que, dans les deux plus grandes villes où le secteur privé est beaucoup plus présent, des contributions substantielles ont été réalisées. Toutefois, il faut noter une faible complétude et promptitude des rapports des établissements sanitaires privés de soins. Le rapport recommande de renforcer ou créer un cadre de concertation des acteurs du public et du privé au niveau national et régional. Le renforcement du partenariat public-privé est essentiel pour l'amélioration de la santé des populations.
4	Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescent·e·s au Mali. Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA.	2017	UNFPA	Mali	<p>Le document indique que le Mali rencontre des problèmes d'application de la loi SR puisque les adolescents et jeunes ont un accès restreint à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive. Cela s'explique notamment par une insuffisante diffusion de la loi, le manque de structures d'offre de services de SSR adaptés aux adolescents et les préjugés qui persistent et limitent ces services aux couples mariés. La loi restreint le droit à l'interruption volontaire de grossesse aux situations où elle est jugée nécessaire à « la sauvegarde de la vie de la femme enceinte » ou « lorsque la grossesse est la conséquence établie d'un viol ou d'une relation incestueuse, à la demande expresse de la femme enceinte ».</p> <p>Toujours selon le rapport, le Mali, comme l'ensemble des pays de la sous-région, dispose d'une législation restrictive en matière d'avortement. Cette loi ne prend pas en compte les besoins spécifiques des adolescents. Par exemple, la loi n'explicite pas l'autorisation d'administration de contraceptifs aux mineures à titre anonyme et sans</p>

				<p>consentement d'un titulaire de l'autorité parental. La loi ne prévoit pas non plus la gratuité des contraceptifs aux mineures, ce qui peut limiter l'accès à ces services.</p> <p>Le rapport fait remarquer que la réforme du Code des personnes et de la famille de 2011 est discriminatoire à l'égard des filles et des femmes et représente un recul en matière d'égalité et de droits par rapport à la situation antérieure. Ce code contrevient aux engagements internationaux pris par le Mali à travers la ratification, en 1985, de la Convention des Nations-Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et, en 2005, du Protocole de la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes. Comme le Mali, de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest, autorisent le mariage à un âge plus jeune pour les filles que les garçons. C'est le cas notamment de la Guinée (17 et 21 ans), du Niger (15 et 18 ans). La polygamie est autorisée et le lévirat n'est pas interdit. La législation malienne ne respecte donc pas l'article 16 de la Déclaration Universelle des droits de l'Homme (1948) qui stipule notamment que les hommes et les femmes « ont des droits égaux au regard du mariage, durant le mariage et lors de sa dissolution ».</p> <p>Il ressort de l'étude que la crise malienne a un impact sur la santé et les droits sexuels et de la procréation des adolescents. Elle a entraîné d'importantes violations des droits humains, notamment des droits des filles et des femmes. Le Mali dispose d'un nombre significatif de programmes, plans et politiques portant sur la santé des jeunes et des adolescents mais ils ne sont pas toujours adaptés à certaines catégories</p>
--	--	--	--	--

				<p>d'adolescentes, notamment celles en situation de vulnérabilité et les 10-14 ans.</p> <p>En raison du caractère tabou de la sexualité, notamment celle des jeunes, l'éducation à la sexualité est difficile à mettre en place au Mali dans le milieu scolaire. Le manque de coordination des acteurs et structures intervenant dans le domaine de l'éducation à la sexualité auprès des jeunes est une faiblesse qui limite l'efficacité des actions.</p>
5	La santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaire : Une étude approfondie des services de planification familiale.	2012	UNFPA	<p>Le document révèle que dans les situations humanitaires, les risques de grossesse sont aggravés pour les adolescentes qui sont plus exposées aux rapports sexuels forcés, à l'augmentation de la prise de risque et la disponibilité réduite des services de santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA) et de la sensibilité à ces services. Lors d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle, les structures familiales et sociales sont souvent perturbées, et les services éducatifs et sociaux interrompus. Les adolescents peuvent devenir sexuellement actifs lorsque peu de services de protection sont disponibles, et les filles en particulier sont vulnérables aux agressions et exploitations sexuelles. Ces risques augmentent leur vulnérabilité aux infections sexuellement transmissibles, aux grossesses non désirées et aux avortements à risques. Dans le même temps, les adolescents en situation de crise ont les mêmes besoins et désir d'informations sur la SSR et les services que leurs semblables dans des situations de non-crise. Investir dans la SSR des adolescents peut retarder la première grossesse, réduire la mortalité maternelle, améliorer la santé, contribuer aux objectifs généraux de développement et réduire la pauvreté.</p>

					<p>En vue de répondre aux besoins spécifiques des adolescents en matière de SSR dans un contexte humanitaire, le Groupe de travail inter organisations sur la santé reproductive en situation de crise a préparé un chapitre sur la SSRA dans le Manuel de terrain inter-organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (IAFM).</p> <p>Bien que la SSRA bénéficie d'une plus grande attention dans les contextes de développement et de l'humanitaire, il existe peu de documentation sur les progrès accomplis à ce jour dans les contextes humanitaires, ou de programmes qui intègrent efficacement les services de SSR, y compris la planification familiale, pour cette population. En vue de combler cette lacune, la Commission des femmes pour les réfugiés et Save the Children a entrepris un exercice d'un an pour cartographier les programmes existants de SSRA qui sont mis en œuvre depuis 2009 et documenter les bonnes pratiques, en vue d'orienter la prestation de services de SSRA en situations de crise humanitaire. Ceci a été réalisé grâce à une enquête auprès des praticiens et des analyses de financement de l'humanitaire, des entretiens avec des informateurs clés, et la collecte d'études de cas sur les bonnes pratiques. Les principales conclusions ont été données.</p>
6	Rapport final sur l'atelier national de haut niveau sur la réforme du système de santé du Mali Bamako, 25 – 28 Février 2019	2019	Atelier national de haut niveau sur la réforme du système de santé du Mali	Mali	Le document est un rapport d'un atelier au Mali sur des réformes clés tendant à renforcer le système de santé et à accélérer la marche vers la couverture sanitaire universelle dans la perspective de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD).

					<p>L'atelier National de haut niveau sur la réforme du système de santé tenu du 25 au 28 février a réuni les acteurs nationaux et internationaux pour amender et valider le document cadre et le cadre de référence.</p> <p>Les recommandations suivantes ont été formulées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proposer un mécanisme pérenne pour la mise en œuvre des mesures d'accompagnement de la gratuité ; • Disséminer le manuel de procédures du PRODESS actualisé ; • Assurer la mise en œuvre de la stratégie nationale de financement de la couverture maladie universelle ; • Engager les échanges nécessaires avec les ministères et les acteurs concernés sur les financements innovants proposés ; • Prévoir la rémunération des ASC dans le budget des CSCOM.
7	Etude sur les violences faites aux femmes.	2002	Brehima Beridogo	Mali	<p>Le document est une étude qui a été menée en 2002 au Mali, dans les régions de Kayes, Sikasso, Mopti et Tombouctou et le District de Bamako, pour identifier les différentes formes de violence faites aux femmes et aux filles et disposer de données statistiques à leur sujet et ensuite proposer des axes d'intervention de lutte. Au terme de l'étude, il apparaît que les violences aux filles et aux femmes sont multidimensionnelles et se manifestent dans le foyer, la rue, l'école, sur les lieux de travail, etc. Elles sont d'ordre physique, psychologique, physiologique, sexuel et institutionnel. Une vingtaine de types de violences se répartit entre ces différentes formes. Il s'agit de : injures, coups et blessures, gavage des jeunes filles en vue du mariage précoce, viols, sévices et excès sexuels au sein du couple, excision, harcèlement sexuel, répudiation, lévirat et ou Sororat, mariages forcés ou précoces, rapt de femme, discrimination dans</p>

				<p>l'héritage et la succession, discrimination dans l'accès aux postes de responsabilité administrative ou politique, non-accès à la terre, interdictions d'activités économiques, certaines formes de veuvage, séquestration religieuse et ou le port forcé du tchador, changement d'option matrimoniale, abandon prolongé de femme pour raison d'exode, etc. Toutes les femmes maliennes sont victimes d'au moins de l'une de ces quinze formes de violence identifiées.</p> <p>Elles se taisent sur le viol considéré comme la pire des humiliations. Dans les zones rurales c'est le mariage forcé qui est très répandu et celui par consentement mutuel l'exception. Le lévirat et le sororat y sont toujours en vigueur. Dans les zones de forte migration, des femmes, abandonnées par leurs époux, les attendent durant de longues années dans la solitude et la misère physiologique.</p> <p>Les violences ont leurs causes dans la société, dans la culture des auteurs et des victimes. Elles tirent aussi leur source de la perception qu'a la société des rôles et statuts de l'homme et de la femme et de la violence elle-même. La pauvreté de la femme, sa vulnérabilité sur le plan économique, sa dépendance économique de l'homme sont des facteurs aggravants de violence.</p> <p>Les conséquences des violences sont multiples. Elles altèrent la santé physique et mentale de la femme et l'exposent selon leur nature aux maladies sexuellement transmissibles et au SIDA. Elles ont des conséquences négatives sur l'épanouissement de la femme tant sur le</p>
--	--	--	--	---

				<p>plan psychique qu'économique.</p> <p>Pour lutter contre la violence les actions doivent être menées à plusieurs niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau des auteurs et des victimes, ces actions doivent porter sur la sensibilisation, la formation et l'information sur les contours, les dispositions juridiques et associatives en la matière. • Au niveau des associations, elles doivent être relatives à une plus grande implication dans la lutte contre la violence, la couverture de tout le pays et une action auprès de toutes les structures et couches sociales. • Au niveau institutionnel, appliquer les lois déjà existantes contre la violence et légiférer là où il existe des vides juridiques.
8	<p>Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception au niveau des grins. Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako</p>		<p>Mamadou BOITE</p>	<p>Mali</p> <p>Le document 5 est une étude portant sur les connaissances les attitudes et les pratiques des jeunes au niveau des « grins » en matière de contraception au Mali. C'est une étude transversale décrivant les jeunes fréquentant les « grins » décrits comme sites de l'étude. L'objectif était d'étudier le comportement des jeunes au niveau des endroits face à la contraception. Les principaux résultats sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La majorité des jeunes déclarait connaître des méthodes de contraception et parmi eux plus de la moitié utilisait la contraception. • Les jeunes avaient plusieurs sources d'informations sur la contraception, et 13,1% des jeunes avaient eu des informations à travers les « grins ». • Les raisons de désapprobation de la contraception étaient la

					<p>coutume, les effets secondaires et la religion.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les jeunes étaient sexuellement actifs et avaient des rapports sexuels de plus en plus précoces. • Plusieurs jeunes avaient des partenaires sexuels occasionnels. • Plus des deux tiers avaient utilisé les préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels et une moyenne de 1,6 partenaire sexuel a été retrouvée chez les jeunes.
9	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 profilage des grossesses précoces en milieu scolaire au Mali (2015-2018).	2018	UNFPA		<p>Le document vise à examiner le rôle que le mécanisme de l'EPU est susceptible de jouer pour favoriser la réalisation de la SDR au niveau mondial, régional et national. Elle évalue l'attention qui a été accordée à ces questions durant le premier cycle de l'EPU et signale divers moyens possibles d'accroître cette attention à chacun des stades du processus d'examen.</p> <p>L'examen périodique universel (EPU) est un mécanisme unique en son genre institué en 2006 par l'Assemblée générale des Nations Unies, qui a pour objet de faciliter le contrôle du respect, de la part des États Membres de l'Organisation, de leurs obligations et de leurs engagements en matière de droits de l'homme. Mené avec la pleine participation de l'État concerné, il vise à produire une amélioration de la situation des droits de l'homme sur le terrain. Les résultats de l'examen sont consignés dans un document final énonçant un ensemble de recommandations émises par les États examinateurs à l'intention de l'État examiné et contenant également, s'il y a lieu, les engagements pris volontairement par ce dernier au cours de l'examen. Après l'examen, il incombe au premier chef à l'État examiné de mettre en œuvre les recommandations figurant dans le document final. Il peut toutefois le faire avec l'aide du système des Nations Unies et la</p>

				<p>participation de la société civile, des institutions nationales de défense des droits de l'homme (INDH) et d'autres parties prenantes.</p> <p>Le rapport porte sur le premier cycle de l'EPU, pour la période 2008-2011, envisagé sous l'angle des recommandations relatives à la SDSR et du niveau de l'attention accordée à ses différents aspects, de la qualité des recommandations, des évolutions positives et des tendances régionales. Il évalue également la mise en œuvre des recommandations de l'EPU, notamment des processus de planification et des systèmes de suivi nationaux. Il émet des observations finales à l'intention des diverses parties prenantes.</p> <p>Le rapport signale plusieurs exemples de mesures positives de mise en œuvre des recommandations issues du premier cycle de l'EPU, y inclus une collaboration solide et bénéfique entre les instances gouvernementales, les organismes des Nations Unies et la société civile. L'Azerbaïdjan a porté l'âge minimum du mariage à 18 ans et a érigé le mariage forcé en infraction criminelle. Le Botswana a signalé avoir adopté la Loi sur la violence domestique, qui offre des recours en justice aux victimes du viol conjugal et la République de Corée a fait état de poursuites judiciaires engagées au titre de ce chef d'accusation. Cuba a mis en place à tous les niveaux de son système d'éducation nationale un programme d'éducation sexuelle. Au Pakistan, un amendement a criminalisé le mariage forcé et le mariage d'enfants ainsi que d'autres pratiques coutumières discriminatoires à l'égard des femmes et des filles. Au Turkménistan, les autorités ont collaboré avec l'UNFPA pour établir deux centres pour jeunes en vue de familiariser</p>
--	--	--	--	---

					<p>ceux-ci avec la prévention de l'infection par le VIH au moyen d'un enseignement par les pairs.</p> <p>Le rapport constate que les recommandations spécifiques sont préférables aux recommandations générales et que celles qui portent sur un nombre limité de questions sont plus efficaces du point de vue du suivi de la mise en œuvre et, en conséquence, de celui de la responsabilisation de l'État examiné. Mais par ailleurs, la mise en œuvre de recommandations formulées en termes généraux et touchant à des questions qui relèvent de la santé, de l'éducation, de la lutte contre la discrimination et la violence, de l'égalité des sexes, des droits de l'homme, etc., peut comporter des actions spécifiques dans le domaine de la SDSR.</p>
10	Ampleur et Déterminants des Violences Basées sur le Genre au Niger. Rapport final	2015	Fatou Diop Sall, Djibo SALEY, MODIELI Amadou Djibrilla	Niger	<p>Le document, mené au Niger, selon une approche genre et intersectionnelle, a fourni des résultats qui montrent une ampleur réelle des violences basées sur le genre au Niger. Des violences multiformes et une prévalence variable selon le sexe, la taille du ménage, le sexe du chef de ménage, l'âge, le niveau d'instruction, la situation sociale et le lieu de résidence.</p> <p>Les données les plus saillantes montrent que les violences physiques et psychologiques (31% et 32%) apparaissent comme les types de violence les plus fréquents. Elles sont suivies par les violences culturelles (21%) et sexuelles (9%).</p>

					<p>Trois femmes sur cinq (60%) ont déclaré avoir subi au moins une violence au cours de leur vie. Les adolescents de 10-14 ans courent aussi des risques de subir un type de violence au cours de leur vie (38%). Les auteurs sont en général des hommes (90%) et le cadre familial constitue le principal lieu de production de ces violences (tous types confondus). Les résultats de l'analyse multivariée explicative à partir des régressions logistiques montrent que les principaux déterminants de la violence basée sur le genre sont le sexe du chef de ménage, la taille du ménage, le niveau d'instruction, l'âge, le milieu de résidence, l'activité économique et l'état matrimonial.</p> <p>Dans l'ensemble, les femmes courent 3 fois plus de risque de subir une forme de violence sexuelle, 4 fois plus de risque de subir une forme de violence physique et 14 fois plus de risque de subir une forme de violence culturelle.</p>
11	Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Niger. Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA	2014	UNFPA	Niger	<p>Le document, de manière générale, ressort que les adolescentes nigériennes constituent une cible de plus en plus prise en compte dans les discours et engagements politiques au niveau national mais que l'opérationnalisation de cette prise en compte au sein des programmes fait encore défaut. En particulier, les données recueillies amènent à souligner les faits suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La préoccupation des adolescentes et les enjeux concernant leur santé et droits en matière de sexualité, de procréation et de mariages précoces est présente au Niger au niveau étatique, de certains services du Ministère de la santé publique, et d'un noyau d'ONG, mais ne se concrétise encore que très rarement par une visibilité dans les programmes.

					<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque la dimension jeunes/adolescentes est prise spécifiquement en compte, c'est souvent à travers la catégorie « populations vulnérables » (femmes, jeunes, professionnelles du sexe...) et les axes spécifiques programmés ne sont pas systématiquement opérationnalisés. • La nécessité de se préoccuper des adolescentes de façon spécifique ou d'en tenir davantage compte dans les programmes thématiques ou sectoriels (relatifs à la santé en général, à la santé maternelle et infantile, au vih/sida en particulier, mais aussi à la jeunesse, à la lutte contre les violences basées sur le genre, l'éducation et la formation) commence à être partagée par les partenaires UNFPA du H4+ et par certaines associations mais reste à être mise en œuvre. • Des actions concrètes holistiques en direction des jeunes filles et des adolescentes, de leur entourage et des communautés porteuses d'enseignements en termes de changement social existent mais restent pour la plupart pilotes ou isolées et ne sont pas suffisamment appropriées ou intégrées par les instances nationales et locales. Ces actions sont souvent développées dans le cadre de programmes bénéficiant de financements substantiels via les réseaux de grandes ONG internationales. • Les intervenants et acteurs regrettent un manque de cadre, de référence et de coordination en ce qui concerne les interventions en matière de SSRAJ et notamment à destination des adolescentes. Les attitudes stigmatisant les adolescentes et les messages « moralisateurs », y compris de la part des responsables de programmes ou de services qui ont conscientisé ce problème, sont persistants. Certains acteurs se disent même démunis pour changer et intervenir sur les
--	--	--	--	--	---

					questions de sexualité. La déconstruction de certaines représentations et de stéréotypes de genre de la part même des porteurs d'actions visant le changement social apparaît cruciale.
12	: Enquête nationale sur les violences basées sur le genre en guinée rapport final.	2017		Guinée	<p>L'analyse des résultats du document, qui est une étude en Guinée, permet de tirer les principales conclusions ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un dispositif institutionnel a été mis en place au niveau de la Police et de la Gendarmerie pour réduire et réprimer les VBG en Guinée, mais il reste encore très peu fonctionnel à cause des problèmes liés principalement à son implantation spatiale très limitée, au manque de personnel qualifié, à l'insuffisance de ressources financières et logistiques. • La législation guinéenne offre trois types de recours possibles aux victimes de VBG. Ces recours sont souvent méconnus des populations et en conséquence sont très peu utilisés. Et lorsqu'ils sont utilisés les résultats sont peu ou pas satisfaisants du fait que la grande majorité des victimes de VBG soient des femmes et des filles qui souffrent d'une vulnérabilité économique associée à des facteurs liés aux coutumes et traditions, à la mauvaise interprétation de la religion et au dysfonctionnement de l'appareil étatique dans certains domaines. • Les Violences Basées sur le Genre sont très fréquentes en Guinée et les femmes en sont les principales victimes ou tout au moins les plus exposées. • Les violences psychologiques et les violences physiques sont les types de violence les plus fréquents aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les mutilations génitales féminines restent la forme de violence à l'égard des femmes la plus ancrée dans la société guinéenne. • Les violences sont largement acceptées en Guinée. Ainsi, en ce

					<p>qui concerne les opinions sur les violences conjugales, les femmes sont relativement plus nombreuses à approuver la violence du mari sur son épouse ou partenaire.</p> <p>Très peu de personnes font recours lorsqu'elles sont victimes de violences et une proportion insignifiante de personnes victimes de violences portent plaintes. Aussi, les personnes qui portent plainte reçoivent très rarement de réponse et lorsqu'une réponse est reçue celle-ci est généralement insatisfaisante.</p>
13	Rapport national sur l'élimination et la prévention des violences à l'égard des femmes/ filles.	2013		Guinée	<p>Selon le document, en Guinée, si du point de vue des lois, il n'y a pas de discrimination fondée sur le sexe, la plupart des actes de violence étant punis par la loi ; dans la pratique, les femmes continuent à être discriminées et à subir la violence à cause de la juxtaposition des droits positif, religieux et coutumier.</p> <p>Cette juxtaposition est due au poids des pesanteurs socio culturelles et des pratiques coutumières entretenues par des construits sociaux qui encouragent la violence à l'égard des femmes, et qui, limitent l'impact des efforts entrepris jusque-là par le Gouvernement et ses partenaires techniques et financiers.</p> <p>La pratique des violences étant fortement ancrée dans les normes sociales, son éradication demande un travail de longue haleine visant le changement des mentalités et des comportements. Cela doit, être soutenu par une application effective des textes de lois en la matière, conformément à l'article 4 de la Déclaration sur l'Élimination de la Violence à l'Égard de la Femme.</p>

14	Evaluation à mi-parcours « Projet droits sexuels et santé de la reproduction des jeunes en milieu scolaire ».		Ousséni Kinda	Burkina Faso	<p>Le document présente une évaluation au Burkina Faso sur le « Projet droits sexuels et santé de la reproduction des jeunes en milieu scolaire ». Il ressort que des contraintes influent négativement sur l'attribution directe des résultats aux interventions du projet. Les contraintes les plus importantes sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la causalité • l'absence d'un dispositif de suivi et évaluation participatif et fonctionnel. • la disponibilité des bénéficiaires et des personnes ressources à contacter dans le cadre des entrevues qui n'a pas permis de collecter les données à temps. <p>Le projet revêt une pertinence avérée étant donné qu'il constitue une réponse appropriée aux problèmes de santé sexuelle et de la reproduction des bénéficiaires. Des entretiens avec les bénéficiaires ont permis de confirmer ces propos. Il prend aussi en compte les besoins et les priorités nationales en matière de SSR.</p> <p>Le plaidoyer, les formations dispensées, la sensibilisation, sont des facteurs essentiels qui ont permis au projet de contribuer au renforcement des connaissances des bénéficiaires en matière de SSR. Dans une certaine mesure, ces facteurs ont aussi permis aux élèves d'adopter des comportements responsables.</p>
15	Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso: Un Etat des Lieux.	2004	Georges Guiella	Burkina Faso	<p>Le document passe en revue les études, les recherches et les programmes dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso et présente les constatations clés tirées de</p>

	<p>Occasional Report No. 12 Mai 2004. The Alan Guttmacher Institute</p>		<p>cette littérature. Il met notamment l'accent sur l'identification des lacunes en matière d'information qui peut orienter la recherche et les programmes futurs dans ce domaine.</p> <p>En plus des données tirées des EDS, le rapport se fonde également sur des données provenant d'études à plus petite échelle menées au Burkina Faso. Le rapport présente généralement l'état des connaissances en ce qui concerne la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso, qui peut, en conséquence, être utilisé pour orienter les programmes de prévention et de politique d'intervention pour le VIH/Sida.</p> <p>Le rapport souligne que, bien que des efforts aient été faits en faveur de la santé de la reproduction en général, beaucoup reste à faire notamment en direction des jeunes. Cette frange de la population a d'énormes besoins en santé de la reproduction non encore satisfaits. L'accès à l'information, aux conseils, aux préservatifs et aux services de santé (dépistage et traitement des IST/VIH/Sida) reste très faible. Même lorsque ces services existent le défi majeur semble être celui de trouver une stratégie adéquate visant à faire en sorte que les jeunes les fréquentent sans complexe, y compris les lieux d'approvisionnement des méthodes de prévention notamment les condoms.</p> <p>Les programmes d'éducation sexuelle actuels ne concernent que les jeunes scolarisés. Les jeunes non scolarisés qui constituent pourtant la</p>
--	---	--	--

					<p>majorité n'a aucun accès à l'information sur la santé sexuelle et de la reproduction. Le seul programme qui avait été conçu en 1995 à l'intention de la jeunesse rurale (Education en matière de population pour la jeunesse rurale) est resté à un stade expérimental.</p> <p>De façon générale, il y a une impérieuse nécessité aussi bien pour les pouvoirs publics que pour les ONGs de continuer l'expansion des activités en faveur des jeunes vu la couverture insuffisante des services et des informations</p> <p>Notamment en milieu rural où vivent 80% de la population.</p> <p>En ce qui concerne la coordination des activités en matière de santé de la reproduction des jeunes, beaucoup d'efforts restent également à faire si l'on veut améliorer leur efficacité. Il y a aujourd'hui comme une pléthore d'associations, d'ONGs et autres acteurs qui interviennent dans le domaine de la santé de la reproduction de façon disparate et sans véritable coordination, parfois avec des messages contradictoires. Pour accroître leur efficacité, il est impératif qu'il y ait une synergie d'actions par une approche concertée.</p>
16	Enquête Démographique et de Santé (EDSM-V) 2012-2013 du Mali	2012	Etat	Mali	Les enquêtes démographiques et de santé ; ainsi que les enquêtes Démographiques et de Santé et à indicateurs multiples (Documents 13-16) présentent et analysent les résultats des quatre pays sur des données relatives à la population et à la santé de la famille, et d'évaluer l'impact des programmes mis en œuvre afin de planifier de nouvelles stratégies pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la
17	Niger : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS IV) 2012.	2012	Etat	Niger	

	Institut National de la Statistique (INS) Ministère des Finances Niamey				population.
18	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV)	2010	Etat	Burkina Faso	Il ressort de l'analyse de ces documents qu'il y a des différences pour un certain nombre d'indicateurs. Mais, dans tous les quatre pays, il existe des inégalités notoires en matière de DSSR, selon le milieu, la région, le niveau d'instruction et économique. Voir les tableaux et graphiques ci-dessous pour la fécondité et la prévalence contraceptive.
19	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2012.	2012	Etat	Guinée	
20	Dossier d'investissement pour la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, adolescente (SRMNIA) en Guinée	2017-2020	Ministère de la santé	Guinée	

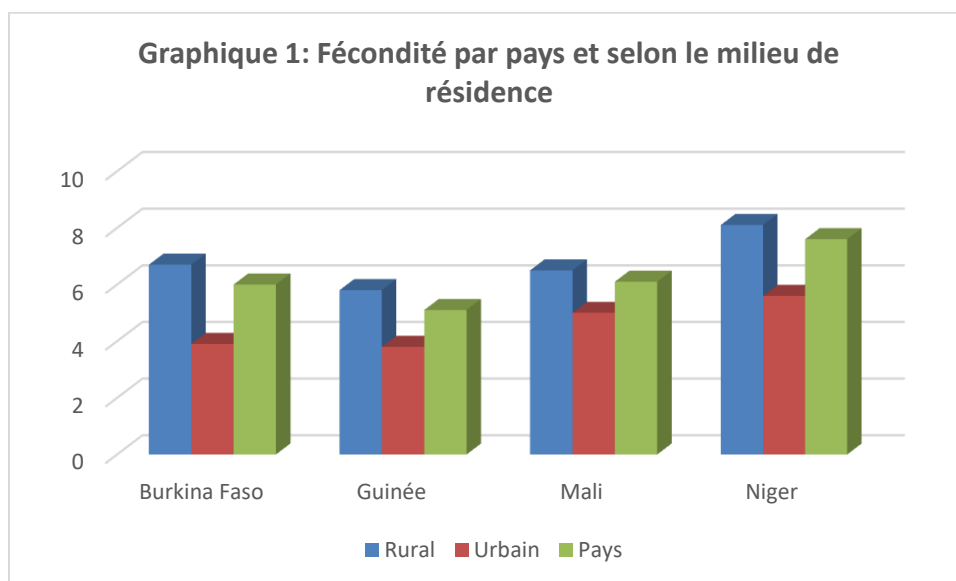
Plus spécifiquement, il vise à :

- identifier les grandes priorités en vue de l'amélioration de la SRMNIA en Guinée pour les trois prochaines années ;
- budgétiser les grandes priorités et développer un plan de financement;
- fédérer tous les acteurs clés (MS, PTF, autres ministères intéressés, secteur privé, société civile) autour du plan afin d'assurer la coordination des activités.

					Le DI traite de l'estimation des coûts, du gap de financement et des priorités régionales.
21	Stratégie nationale de financement de la sante en vue de la couverture universelle en sante au Niger	2012	Ministère de la santé publique	Niger	<p>Pour cerner le problème de financement de la santé, le Niger à travers le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de l'OMS a élaboré ce présent document de stratégie de financement de la santé afin de pallier les insuffisances constatées.</p> <p>L'analyse de la situation fait ressortir que le secteur de la santé du Niger est financée par diverses sources : internes et externes, publiques et privées. Ce document traite de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financement Public, • Financement privé, • Mise en Commun des Fonds, • Autres mécanismes de financement, • Difficultés majeures dans le financement du système de santé.

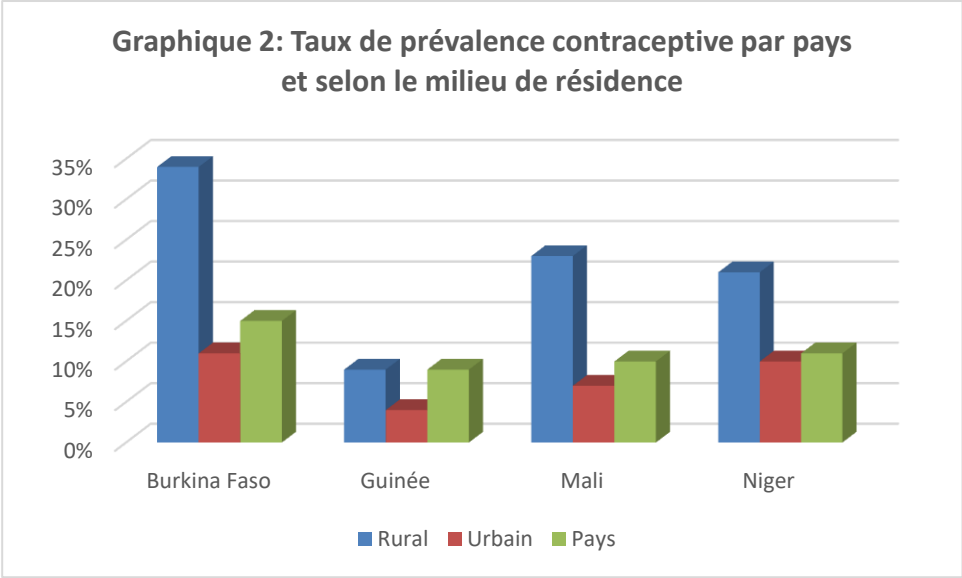
La fécondité :

Pays	Rural	Urbain	Ensemble
Burkina Faso	6,7	3,9	6
Guinée	5,8	3,8	5,1
Mali	6,5	5	6,1
Niger	8,1	5,6	7,6



La prévalence contraceptive :

Pays	Rural	Urbain	Ensemble
Burkina Faso	11%	34%	15%
Guinée	9%	4%	9%
Mali	23%	7%	10%
Niger	21%	10%	11%



3.4. Modules de formation sur les DSSR en Afrique de l'Ouest

N°	Titre du document	Année	Auteur	Pays	Analyse
1	Plan de cours. Formation des parents sur la communication avec les enfants, adolescent(e)s et jeunes en matière de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) au Mali.		Direction Nationale de la Santé, Direction Nationale de la Promotion de l'Enfant et de la Famille, Direction Nationale de l'Éducation de Base, Direction Nationale de la Jeunesse, Direction Nationale du Développement Social	Mali	<p>Le document est un curriculum conçu au Mali pour la formation des parents et de toutes autres personnes ayant en charge l'éducation des enfants, des adolescent(e)s et des jeunes. Il est destiné à un facilitateur préalablement formé par le concepteur ou par des formateurs ayant subi une formation de formateurs. Lors de la formation des parents, il faut au moins un facilitateur principal et un co-facilitateur, qui devraient déjà avoir de l'expérience en matière d'activités de groupe. Pour être plus efficaces, les facilitateurs devraient également avoir une connaissance générale des questions et problèmes affectant les parents qui sont les participants, autrement dit des problèmes liés à la conduite sociale des adolescent(e)s en particulier et des autres thématiques traitées comme la problématique de la santé sexuelle des adolescent(e)s et jeunes, les IST, le VIH et le SIDA, la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) en général, etc.</p> <p>Ce curriculum donne aux facilitateurs en plus de l'organisation méthodologique et pédagogique du cours, des informations techniques précises pour sa synthèse figurant dans le guide du facilitateur, constituant la seconde partie du document.</p>
2	Module de formation sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes pour un comportement responsable au Niger. A l'intention des professeurs des collèges et lycées.	2014	UNFPA	Niger	<p>Le document est un module au Niger qui vient répondre aux attentes des adolescents et jeunes qui éprouvent d'énormes besoins d'informations en sexualité et en santé de la reproduction pour surmonter les problèmes dans des domaines aussi importants comme les relations, la communication, l'amour, la sexualité.</p> <p>L'élaboration du module de formation sur la "santé sexuelle et</p>

				<p>reproductive pour un comportement responsable", destiné aux enseignants du secondaire, participe du souci de disposer des jeunes soigneusement préparés à prendre soin de leur santé et de leur avenir dans un environnement complexe et changeant.</p> <p>Ce module est constitué, au plan contenu, de dix (10) thèmes : L'anatomie et la physiologie des organes reproducteurs de l'homme et de la femme (i) ; La puberté et les modifications pubertaires (ii) ; La sexualité et l'éducation sexuelle (iii) ; Les IST/VIH/SIDA (iv) ; les grossesses précoces (v), Les avortements (vi) ; Les droits sexuels et reproductifs (vii) ; La planification familiale et la contraception (viii) ; Le Genre et les violences basées sur le Genre (ix) et Les interrelations entre la population et le développement (x).</p> <p>Le module sera intégré dans le curricula de formation des enseignants.</p>
3	Manuel de formation sur les violences basées sur le genre (VBG) pour les écoles de formation des forces de défense et de sécurité en Guinée. Guide du participant			<p>Guinée</p> <p>Le document est un module destiné aux Écoles de l'Armée, de la Gendarmerie et de la Police et des corps paramilitaires. Le Gouvernement, estimant que la violence est un obstacle majeur au développement des femmes et des filles, ainsi qu'au bien-être et au développement de leur communauté et des sociétés dans leur ensemble, a ainsi décidé de prendre des mesures garantissant leurs droits et leur sécurité optimale, mais aussi d'agir en amont, notamment par la formation des acteurs potentiels de la violence. À cet effet, ce module a été mis en place. Il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • renforcer les niveaux de connaissance des forces de défense et de sécurité (FDS), sur la question des inégalités et des VBG,

					<p>et leur impact sur les retards de développement ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • prendre connaissance des dispositions juridiques et de protection existantes des femmes, à savoir la CEDEF, les résolutions 1325, 1820, 1888, 1889 du Conseil de sécurité des Nations Unies, qui contiennent des clauses que les « FDS » devraient connaître et appliquer en tout temps ; • renforcer les capacités des forces de défense et de sécurité.
4	L'excision	2006	Programme Santé Sexuelle, Droits Humains (PROSAD),	Burkina Faso	<p>Le module fait partie intégrante d'un kit de sensibilisation sur la santé sexuelle et de la reproduction pour les animateurs relais (associations, services techniques, ONG etc....)</p> <p>Son élaboration vise à mettre à la disposition des animateurs relais formés : un document de référence clair et précis servant d'appui et d'orientation dans leurs tâches d'animation ; des messages uniformisés au niveau de tous les intervenants communautaires en santé sexuelle et de la reproduction.</p> <p>Le module traite des points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'excision • Les Fondements • Les Conséquences • La Législation sur les MGF au Burkina

3.5. Articles scientifiques réalisées sur les DSSR en Afrique de l'Ouest

1	Le Financement de la santé au Mali : Journée Académique de l'Ordre des Médecins du Mali Bamako le 12 aout	2017	Touré Bokar	Mali	<p>Pour ce document, selon les Comptes de la Santé (CS-2013), l'augmentation de 117 % entre 2004 et 2013 de la dépense totale de santé (DTS) a permis de faire passer la dépense de santé par habitant de 27 \$ US à 42 \$ US. Environ 73,6 % de la DTS provenait de sources nationales, et 26,4 % du reste du monde (financement extérieur). Les ménages constituent la principale source des financements nationaux (51,6 % de la DTS) et 98,7 % de leurs dépenses sont faites sous forme de paiements directs. La part du financement de l'administration publique à la santé représentait 11,7 % de la DTS malgré l'importance des ressources internes dans les dépenses totales de santé (principalement due aux contributions des ménages). La crise de 2012 a eu des conséquences à court terme sur le financement du secteur. L'appui de l'État est passé de 96 à 54,6 milliards de Fcfa entre 2011 et 2012 pour l'ensemble du secteur de la santé (tous ministères confondus), et de 57,6 à 18 milliards de Fcfa au cours de la même période pour le MSHP. En 2015, le financement de l'État atteint encore difficilement les niveaux d'avant la crise. L'appui budgétaire direct à l'ensemble du secteur de la santé, a enregistré une forte baisse (passant en moyenne de 19,5 % entre 2009 et 2011 à 8,8 % en moyenne entre 2012 et 2014). Par rapport aux engagements de l'Etat il y a : des progrès lents dans la mise en œuvre de la Déclaration d'Abuja; les financements innovants peu développés (parmi les 22 pays qui n'ont pas réalisés 'objectif de 44 US\$) ; bonne évolution par rapport aux recommandations de la Commission macroéconomique.</p>
2	Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception au niveau des grins. Devant la Faculté de		Mamadou BOITE	Mali	<p>Le document 5 est une étude portant sur les connaissances les attitudes et les pratiques des jeunes au niveau des « grins » en matière de contraception au Mali. C'est une étude transversale décrivant les jeunes fréquentant les « grins » décrits comme sites</p>

	Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako				<p>de l'étude. L'objectif était d'étudier le comportement des jeunes au niveau des endroits face à la contraception. Les principaux résultats sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La majorité des jeunes déclarait connaître des méthodes de contraception et parmi eux plus de la moitié utilisait la contraception. • Les jeunes avaient plusieurs sources d'informations sur la contraception, et 13,1% des jeunes avaient eu des informations à travers les « grins ». • Les raisons de désapprobation de la contraception étaient la coutume, les effets secondaires et la religion. • Les jeunes étaient sexuellement actifs et avaient des rapports sexuels de plus en plus précoces. • Plusieurs jeunes avaient des partenaires sexuels occasionnels. • Plus des deux tiers avaient utilisé les préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels et une moyenne de 1,6 partenaire sexuel a été retrouvée chez les jeunes.
3	Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso: Un Etat des Lieux. Occasional Report No. 12 Mai 2004. The Alan Guttmacher Institute	2004	Georges Guiella	Burkina Faso	<p>Le document passe en revue les études, les recherches et les programmes dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso et présente les constatations clés tirées de cette littérature. Il met notamment l'accent sur l'identification des lacunes en matière d'information qui peut orienter la recherche et les programmes futurs dans ce domaine.</p> <p>En plus des données tirées des EDS, le rapport se fonde également sur des données provenant d'études à plus petite</p>

				<p>échelle menées au Burkina Faso. Le rapport présente généralement l'état des connaissances en ce qui concerne la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso, qui peut, en conséquence, être utilisé pour orienter les programmes de prévention et de politique d'intervention pour le VIH/Sida.</p> <p>Le rapport souligne que, bien que des efforts aient été faits en faveur de la santé de la reproduction en général, beaucoup reste à faire notamment en direction des jeunes. Cette frange de la population a d'énormes besoins en santé de la reproduction non encore satisfaits. L'accès à l'information, aux conseils, aux préservatifs et aux services de santé (dépistage et traitement des IST/VIH/Sida) reste très faible. Même lorsque ces services existent le défi majeur semble être celui de trouver une stratégie adéquate visant à faire en sorte que les jeunes les fréquentent sans complexe, y compris les lieux d'approvisionnement des méthodes de prévention notamment les condoms.</p> <p>Les programmes d'éducation sexuelle actuels ne concernent que les jeunes scolarisés. Les jeunes non scolarisés qui constituent pourtant la majorité n'a aucun accès à l'information sur la santé sexuelle et de la reproduction. Le seul programme qui avait été conçu en 1995 à l'intention de la jeunesse rurale (Education en matière de population pour la jeunesse rurale) est</p>
--	--	--	--	---

				<p>resté à un stade expérimental.</p> <p>De façon générale, il y a une impérieuse nécessité aussi bien pour les pouvoirs publics que pour les ONGs de continuer l'expansion des activités en faveur des jeunes vu la couverture insuffisante des services et des informations notamment en milieu rural où vivent 80% de la population.</p> <p>En ce qui concerne la coordination des activités en matière de santé de la reproduction des jeunes, beaucoup d'efforts restent également à faire si l'on veut améliorer leur efficacité. Il y a aujourd'hui comme un pléthore d'associations, d'ONGs et autres acteurs qui interviennent dans le domaine de la santé de la reproduction de façon disparate et sans véritable coordination, parfois avec des messages contradictoires. Pour accroître leur efficacité, il est impératif qu'il y ait une synergie d'actions par une approche concertée.</p>
--	--	--	--	--

4. Synthèse : Les convergences et les divergences entre les quatre pays

Problèmes communs aux quatre pays	Différences importantes entre les pays
Il y a dans les quatre pays des efforts dans l'élaboration des textes législatifs et juridiques pour améliorer les DSSR. Ces différents textes de lois reconnaissent aux hommes et aux femmes les mêmes droits, à	La différence entre ces quatre pays est particulièrement dans les textes juridiques et législatifs. On constate que le Burkina Faso et la Guinée ont consenti de grands efforts, comparativement au Mali et au Niger, dans le

<p>côté d'un cadre répressif qui protège les filles et les femmes contre les violences. Des nombreuses ONG et OSC sont impliquées dans la sensibilisation.</p> <p>La prise en compte des DSSR est reconnue comme un objectif de développement, mais la question de l'appropriation des droits évoqués et l'effectivité se pose avec acuité.</p> <p>Les indicateurs de violences basées sur le genre restent élevés dans les quatre pays, surtout celles qui sont liées aux mariages d'enfants appelés mariages précoces, et les MGF, avec les multiples conséquences néfastes autant sur les femmes et les filles que sur leurs familles.</p> <p>Les défis restent quasiment les mêmes dans les quatre pays en matière de DSSR, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none">• une faible Implication des hommes dans les questions de SSR ;• une mentalité pro nataliste ;• une insuffisance dans la prise en charge des besoins des jeunes et des adolescents dans les formations sanitaires (cliniques) et au sein des communautés ;• une forte présence de VBG ;• un faible niveau dans l'offre sanitaire ;• une insuffisance dans le respect des droits de femmes ;	<p>cadre des textes condamnant les MGF et certains genres de VBG. Il y a toutefois peu de différence dans la pratique puis que les textes souffrent d'une application conséquente.</p>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • une Insuffisance dans le financement ; • une insuffisance d'articulation entre les politiques des différents secteurs traitant de SR (politique genre, politique.) ; • une insuffisance dans le respect des conventions internationales ; • une insuffisance dans l'application des textes (législatifs et juridiques) nationaux ; • Une insuffisance dans la prise en compte des dispositions des conventions Internationales • une insuffisance dans la sensibilisation, l'éducation, l'information, la communication et la vulgarisation des textes ; • une insuffisance dans la mobilisation et la consommation des ressources (en particulier celles mise à la disposition des Etats) et dans leur utilisation efficace et rationnelle aux fins de mise en œuvre opérationnelle des projets, plans et programmes de DSSR ; • L'existence de grossesses non désirées d'adolescentes ayant plusieurs impacts négatifs sur la jeune fille y compris en servant de menaces pour son avenir. 	
---	--

5. Principales recommandations

De l'analyse des différents documents traitant des DSSR dans les quatre pays, nous formulons les recommandations suivantes :

<p>Conventions internationales, régionales et sous régionales</p>
<p>1. Respecter rigoureusement les conventions et chartes internationales que les pays ont ratifiées, dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, plans, programmes et projets de DSSR</p>
<p>Constitutions, lois, politiques et programmes nationales</p>

2. Améliorer le suivi/supervision de la mise en œuvre des décisions en matière de DSSR
3. Appliquer et de faire appliquer les lois déjà existantes en matière de DSSR et légiférer là où il existe des vides juridiques
4. Instaurer des espaces de dialogues et d'actions structurés au sein des communautés afin de renforcer les connaissances et les compétences en matière de DSSR
5. Faire appliquer les textes nationaux, régionaux et internationaux en faveur des DSSR
6. Identifier les insuffisances dans les textes nationaux existants et apporter des correctifs nécessaires en parfaite collaboration avec les autres acteurs concernés par les questions de DSSR dans les Pays
Rapports réalisés par différentes parties prenantes des DSSR en Afrique de l'Ouest
7. Mutualiser les expériences entre les pays d'une même sous-région et entre les sous-régions en matière de DSSR
8. Développer le niveau d'éducation de la population, particulièrement celle des adolescents et jeunes (filles & garçons)
9. Intensifier l'information et la communication stratégique pour le changement social et de comportement auprès des adolescents et des jeunes en matière de DSSR à l'école et au niveau communautaire
10. Soutenir les structures (OSC et ONG) qui œuvrent dans le cadre des DSSR
11. Développer des partenariats entre les pays en matière de DSSR
12. Organiser des émissions débat sur les radios, télé portant sur les textes et lois
13. Renforcer l'accessibilité des populations aux centres de santé y compris les cliniques privées, des ONG et ou mobiles
14. Assurer une bonne coordination des acteurs et structures intervenant dans le domaine de DSSR
15. Mobiliser et mettre à disposition un financement adéquat aux services de DSSR
16. Promouvoir la coopération Sud-Sud entre l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique australe dans la promotion des DSSR, particulièrement dans le domaine de la planification familiale
17. Intensifier des actions fortes de plaidoyer auprès des autorités nationales pour l'inscription des DSSR dans l'agenda des priorités nationales de développement, utilisant des stratégies efficaces et à haut potentiel d'impacts (OSCs).
Modules de formation sur les DSSR en Afrique de l'Ouest
18. Organiser des sessions de plaidoyer pour l'intégration des DSSR dans le curricula de formation des écoles
19. Promouvoir les échanges sud-sud entre les Pays et les régions pour apprendre les uns des autres et faire avancer l'épineuse question des DSSR dans les Pays ;
20. Organiser des séminaires et conférences régionaux afin de partager les expériences et les leçons apprises en matière de DSSR.
21. Renforcer les capacités des acteurs de la police, de la gendarmerie, des agents de la justice et des parlementaires en matière de DSSR
22. Développer plus de modules de formation spécifiques en matière de DSSR et qui soit simples d'utilisation et utilisables par les acteurs à

différents niveaux

Articles scientifiques réalisées sur les DSSR en Afrique de l'Ouest

23. Promouvoir les DSSR au niveau communautaire, utilisant des approches adaptées aux besoins des groupes cibles.

24. Renforcer la recherche relative aux DSSR dans les universités et promouvoir la documentation des bonnes pratiques dans les Pays

25. Promouvoir l'accès des adolescents et des jeunes aux services de santé de la reproduction dans les structures de santé et au niveau communautaire, utilisant l'approche « youth friendly services » mettant un accent sur le caractère adapté desdits services et le portage de l'initiative par les jeunes eux-mêmes comme acteurs et bénéficiaires.

Annexe 1 : Questionnaire pour la recherche des documents

1. Conventions, chartes, etc.
2. Loi portant sur la santé de la reproduction et les décrets d'application
3. Dernière enquête démographique et de santé ou tout document faisant office
4. Lois des finances pour les 3 dernières années
5. Deux documents/articles récents sur le financement de la santé
6. Document de politique genre
7. Un document/article récent sur la santé et droits sexuels et de la procréation des adolescents
8. Plan d'action national de planification familiale
9. Document sur la stratégie genre du PNUD
10. Etude/Rapport sur le niveau d'information, les opinions et pratiques effectives des adolescents en matière de sexualité et santé de la reproduction
11. Plan d'action multisectoriel santé des adolescents et des jeunes ou tout document faisant office
12. Plan stratégique de la santé de la reproduction ou tout document faisant office
13. Politique cadre/nationale de développement de la jeunesse ou tout document faisant office
14. Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) ou tout document faisant office
15. Rapport sur la mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing (1995) et des textes issus de la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale (2000)
16. Etude/Rapport sur la situation de la femme
17. Etude/Rapport sur les violences faites aux femmes
18. Rapport d'étude (thèse ou tout document de recherche) sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception
19. Document de politique nationale de la population ou tout document faisant office
20. Rapports nationaux sur OMD/ODD se rapportant aux questions de santé et droits humains
21. Feuille de route nationale tirée de la feuille de route de l'Union africaine sur la capture du dividende démographique
22. Dernière enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) ou tout document faisant office
23. Cadre des dépenses à moyen termes ou tout document faisant office
24. Rapports de reddition des comptes nationaux du secteur de la santé
25. Tous documents utiles en matière de DSSR

Annexe 2 : Documents reçus et analysés

N°	Titre du document	Année	Auteur	Pays
1	Les objectifs mondiaux (ODD)	2015	Nations Unies	Général
2	La Charte des Nations Unies signée à San Francisco en 1945	1945	Nations Unies	Général
3	La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme	1948	Nations Unies	Général
4	La Convention internationale relative aux Droits de l'enfant (CIDE) en 1990 ;	1990	Nations Unies	Général
5	La Convention pour l'Élimination des discriminations envers les femmes (CEDEF) en 1985 et son protocole en 2000 ;	2000	Nations Unies	Général
6	La Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples en 1981 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.	2005	Union Africaine	Général
7	Loi SR du Mali	2002	Etat	Mali
8	Code pénale du Mali	2001	Etat	Mali
9	Constitution du Mali	1992	Etat	Mali
10	Enquête Démographique et de Santé (EDSM-V) 2012-2013	2012	Etat	Mali
11	Etat du financement de la santé au Mali : Note à l'intention de la délégation malienne à la conférence HHA des ministres de la santé et des ministres des finances prévue du 4 au 5 juillet 2012 en Tunisie	2012		Mali
12	Le Financement de la santé au Mali : Journée Académique de l'Ordre des Médecins du Mali Bamako le 12 août 2017 Dr Touré Bokar, Médecin Economiste de la santé	2017	Touré Bokar	Mali
13	Plan de cours. Formation des parents sur la communication avec les enfants, adolescent(e)s et jeunes en matière de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) au Mali. Direction Nationale de la Santé Direction Nationale de la Promotion de l'Enfant et de la Famille Direction Nationale		Direction Nationale de la Santé	Mali

	de l'Éducation de Base Direction Nationale de la Jeunesse Direction Nationale du Développement Social			
14	Plan d'action national de planification familiale du Mali 2014-2018	2014	Etat	Mali
15	Programme de développement socio-sanitaire 2014-2018 (PRODESS III)	2014	Etat	Mali
16	Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescent·e·s au Mali. Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA. novembre 2017	2017	UNFPA	Mali
17	La santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaire. Une étude approfondie des services de planification familiale.	2012		Mali
18	Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive crise humanitaire. Document accompagnant le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire Rapport final sur l'atelier national de haut niveau sur la réforme du système de santé du Mali	2019		Mali
19	Rapport du Mali Mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing (1995) et des textes issus de la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale (2000) Dans le contexte Du vingtième anniversaire de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes Et de l'adoption de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing en 2015	2015		Mali
20	Etude sur les violences faites aux femmes	2002	Brehima Beridogo	Mali
21	De la Planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive : Une étude de cas. Université de Genève. Faculté des Sciences Economiques et Sociales. Laboratoire de démographie et d'études familiales. Mémoire de maîtrise	2008	Sarah Vilpert	Général
22	Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception au niveau des grins. Devant la Faculté de Médecine de		Mamadou BOITE	Mali

	Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.			
23	Rapport de Quantification des produits de la planification familiale pour la période de 2015 à 2018	2016	Etat	Mali
24	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 profilage des grossesses précoces en milieu scolaire au Mali (2015-2018). UNFPA	2018	UNFPA	Mali
25	Politique Nationale Genre du Mali (PNG-Mali)	2011	Etat	Mali
26	Constitution du Niger		Etat	Niger
27	Niger : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS IV) 2012. Institut National de la Statistique (INS) Ministère des Finances Niamey, Niger	2012	Etat	Niger
28	Annuaire des statistiques sanitaires du Niger année 2016	2016	Etat	Niger
29	Banque de messages par thématique: Violence et exploitation			Niger
30	Enquête Démographique et de Santé du Niger EDSN-V 2017. Résultats Préliminaires	2017	Etat	Niger
31	Ampleur et Déterminants des Violences Basées sur le Genre au Niger. Rapport final Septembre 2015.	2015	Fatou Diop Sall, Djibo SALEY, MODIELI Amadou Djibrilla	Niger
32	Module de formation sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes pour un comportement responsable au Niger. A l'intention des professeurs des collèges et lycées.	2014	UNFPA	Niger
33	Evaluation du 8ème programme de pays UNFPA/Niger 2014-2018. Période évaluée : 1er Janvier 2014 — 30 Juin 2017. Rapport final d'évaluation Juin 2018	2018	UNFPA	Niger
34	Ministère de la jeunesse et des sports du Niger. Politique nationale de jeunesse. Décembre 2015	2015	Etat	Niger

35	Politique nationale en matière de genre du Niger. 2007	2007	Etat	Niger
36	Positionnement en vue de la session spéciale des Nations-Unies sur la CIPD+20 (22 septembre 2014)	2014		Général
37	Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Niger. 2014. UNFPA. Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA	2014	UNFPA.	Niger
38	Recueil des politiques et normes sur la sante de la reproduction dans les quinze pays de la CEDEAO. Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). Division de la recherche et du système d'information sanitaire			Général
39	Programme National de Santé de la Reproduction		Etat	Niger
40	Politique et normes en matière de la santé de la reproduction		Etat	Niger
41	Projet d'autonomisation des femmes et Dividende démographique dans le Sahel (SWEDD). Curriculum sur la santé sexuelle et reproductive et les compétences de vie pour l'animation des espaces sûrs dans les pays du sahel « assurer l'épanouissement de la jeune fille ». Livret N°2 +13 à 19 ans.	2018	Etat	
42	Loi SR du Niger		Etat	Niger
43	Code pénal du Niger		Etat	Niger
44	Constitution de la Guinée		Etat	Guinée
45	Code de la santé publique		Etat	Guinée
46	Loi SR de la Guinée		Etat	Guinée
47	Guinée : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS)	2012	Etat	Guinée
48	Rapport de l'analyse situationnelle de l'intégration du VIH et de la santé de la reproduction/ santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents en Guinée		SAKOUVOGUI Alphonse Vohou	Guinée

49	Manuel de formation sur les violences basées sur le genre (VBG) pour les écoles de formation des forces de défense et de sécurité en Guinée. Guide du participant			Guinée
50	Formation continue en soins obstétricaux et néonataux : essentiels, d'urgence de base. manuel de référence pour les prestataires de santé.	2012		Guinée
51	Guinée : Ministère de la sante Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition. Normes et Procédures en Santé de la Reproduction		Etat	Guinée
52	Prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME). Normes et procédures. Programme national de prise en charge sanitaire et de prévention des IST/VIH/SIDA, Guinée.	2016		Guinée
53	Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024	2015	Etat	Guinée
54	Plan stratégique national (PSN) pour l'accélération de l'abandon des mutilations génitales féminines /excision (MGF/E) 2012 – 2016	2012	Etat	Guinée
55	Plan d'action national de repositionnement de la planification familiale en Guinée 2014-2018	2014	Etat	Guinée
56	Politique nationale de sante communautaire.	2017	Etat	Guinée
57	Politique nationale genre		Etat	Guinée
58	Enquête nationale sur les violences basées sur le genre en guinée rapport final.	2017	Etat	Guinée
59	Rapport de recherche Recensement de pratiques traditionnelles/coutumières positives en matière de promotion de la santé maternelle et favorables à la réduction de la mortalité maternelle en Guinée.			Guinée
60	Rapport provisoire de l'analyse de la situation de la planification familiale en Guinée. 1er Draft			Guinée
61	Rapport UNFPA : Evaluation rapide des liens établis entre le VIH et la santé sexuelle et de		UNFPA	Guinée

	reproduction. Novembre 2013-Janvier 2014			
62	Guinée : Rapport national sur l'élimination et la prévention des violences a l'égard des femmes/ filles.	2013		Guinée
63	Plan stratégique national de la santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes (SRMNIA) 2016-2020.	2016	Etat	
64	Constitution du Burkina Faso		Etat	Burkina Faso
65	Loi N°025-2018/AN portant code penal	2018	Etat	Burkina Faso
66	Loi portant santé de la reproduction, N°049-2005 /AN du 21 /12/2005	2005	Etat	Burkina Faso
67	Evaluation à mi-parcours « Projet droits sexuels et santé de la reproduction des jeunes en milieu scolaire ».		Ousséni Kinda	Burkina Faso
68	Rapport sur la contribution du secteur prive à l'amélioration des indicateurs de sante 2011. 3ème édition.	2012		Burkina Faso
69	Document de la politique nationale genre du Burkina Faso.	2009	Etat	Burkina Faso
70	Burkina Faso : Stratégie nationale de mise en œuvre de la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (05) ans. MARS 2017	2017	Etat	Burkina Faso
71	Burkina Faso : Plan stratégique sante des adolescents et des jeunes 2016– 2020	2016	Etat	Burkina Faso
72	Plan stratégique de sécurisation des produits de la sante de la reproduction 2009-2015	2009-	Etat	Burkina Faso
73	Plan stratégique de communication en sante de la reproduction 2016-2020	2016	Etat	Burkina Faso
74	Plan stratégique de maternité à moindre risque 2011-2015	2011	Etat	Burkina Faso
75	Plan stratégique intégré de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents, des jeunes et de la personne	2017	Etat	Burkina Faso

	âgée (SRMNIA-PA) 2017-2020. version finale			
76	Plan stratégique national de promotion de l'élimination des mutilations génitales féminines au Burkina Faso (PSN/MGF) 2016-2020	2016	Etat	Burkina Faso
77	Plan national de développement économique et social 2016-2020	2016	Etat	Burkina Faso
78	Plan National d'Accélération de Planification Familiale du Burkina Faso 2017-2020	2017	Etat	Burkina Faso
79	Plan national de développement sanitaire 2011-2020	2011	Etat	Burkina Faso
80	Document national d'orientation sur la santé scolaire et universitaire		Etat	Burkina Faso
81	Plan operational triennal (PSN/MGF) 2016-2018	2016	Etat	Burkina Faso
82	Politique et normes en matière de santé de la reproduction.			Burkina Faso
83	Burkina Faso : Protocoles de sante de la reproduction. Santé de la femme et du nouveau né de moins de sept (7) jours. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence	2010	Etat	Burkina Faso
84	Protocoles de sante de la reproduction. Santé de la femme. Prise en charge gynécologique.	2010	Etat	Burkina Faso
85	Normes et protocoles de planification familiale.	2009	Etat	Burkina Faso
86	Stratégie nationale pour l'amélioration de l'accessibilité financière aux accouchements et aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) 2016 – 2020	2016	Etat	Burkina Faso
87	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) Burkina Faso 2010	2010	Etat	Burkina Faso
88	Les instruments Juridiques internationaux, régionaux et nationaux, favorables aux DSSR. Médecins du monde			Burkina Faso
89	Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso : Un Etat des Lieux. Occasional Report No. 12 Mai 2004. The Alan	2004	Georges Guiella	Burkina Faso

	Gutmacher Institute			
90	L'excision	2006	Programme Santé Sexuelle, Droits Humains (PROSAD),	Burkina Faso
91	Dossier d'investissement pour la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, adolescente (SRMNIA) en Guinée	2017-2020	Ministère de la santé	Guinée
92	Stratégie nationale de financement de la sante en vue de la couverture universelle en sante au Niger	2012	Ministère de la santé publique	Niger

Annexe 3 : Structures consultées

Liste des structures ayant répondu au questionnaire & Membres de la Task-force mis en place dans le cadre de l'étude sur l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR

Mali :

Catégories de représentations	Nombre de représentants	Noms des structures
Etat	3	<ul style="list-style-type: none">▪ DNS▪ DNP▪ INFSS
Société civile	6	<ul style="list-style-type: none">▪ Coalition nationale des OSC/PF▪ AMPPF▪ ONG PSI▪ ONG MSI▪ ONG ASDAP▪ PSI
PTFs	1	<ul style="list-style-type: none">▪ UNFPA
Représentants des jeunes	2	<ul style="list-style-type: none">▪ Réseau des J/A▪ MAJ/AMPPF
Total	12	

Burkina :

Catégories de représentations	Nombre de représentants	Noms des structures
Etat	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction De La Sante De La Famille (DSF) ▪ Direction de La Promotion de la Santé (DPS) ▪ Secrétariat Technique Chargé de L'Accélération de la Transition Démographique (ST ATD) ▪ Direction de la lutte contre les violences faites aux enfants (DVLE) ▪ Direction de la promotion de l'éducation inclusive, de l'éducation des filles et du genre
Société civile	9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe Technique SR ▪ Jeunes Ambassadeurs ▪ Médecins du Monde France ▪ Burcaso ▪ Association Burkinabè pour le Bien Etre Familial (ABBEF) ▪ GASCODE ▪ RAJS ▪ RAMA ▪ Mère Thérèse
ONG internationales	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Health Policy + ▪ Equilibres & Populations
PTF	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UNFPA
Institut de recherche	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Institut Supérieur Des Sciences de la Population (ISSP)

Total	18	
-------	----	--

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

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	

Niger :

Catégories de représentations	Nombre de représentants	Noms des structures
Etat	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction Générale du Centre National de la Santé de la Reproduction ▪ Direction Nationale Jeunesse ▪ Direction de Santé de la Mère et de l'Enfant ▪ Ministère de l'Enseignement Supérieur/DSS
Institutions	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseillère du PM en matière de santé ▪ Réseau des parlementaires en population et développement

Société civile	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coalition des OSC/PF ▪ ANBEF ▪ CONIPRAT ▪ ONG Lafia Matassa ▪ Scouts du Niger
PTF	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UNFPA ▪ OMS ▪ UNICEF
Communautaires	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alliances des leaders religieux ▪ GAIPPS ▪ Réseaux des jeunes ambassadeurs ▪ Conseil National de la Jeunesse ▪ AfriYAN Niger
Total	19	

Annexe 4 : Structures de la Task-force

Mali (6 membres)

Catégories de représentations	Noms des structures	Prénoms & Noms des représentants	Titres et Postes occupées dans les structures	Adresses de contact (Téléphones et emails)
Structures de l'Etat (3 représentants)	Direction nationale de la santé/Division santé de la reproduction	Dr Boré Saran Diakité	Chef de division santé de la reproduction/DNS	Email : saranbore66@gmail.com Tel : 00223.76.13.91.55
	Direction nationale de la promotion de la femme	Mme Rose Dembéle	Directrice Nationale de la promotion de la femme	Email : rosedembele@yahoo.fr Tel : 00223.66.75.03.93
	Direction nationale de la population (DNP)	Mme Barry Kadidia Dabo	Responsable de division communication	Email : dabokadidia@yahoo.fr Tel : 00223.76.04.31.61
Société civile : 2 représentants	Coalition nationale des OSC/PF : 1 représentant	Dr Ba Djbril Sall	Coordinateur de projet Amplify Change au Groupe Pivot/santé-Coalition OSC/PF	Email : badjibrilsall@yahoo.fr Tel : 00223.65.99.56.56
	AMPPF Mali (membre IPPF/région Afrique)	M. Moussa MBO	Directeur exécutif par intérim AMPPF Mali	Email : mbomoussa@gmail.com Tel : 00223.76.32.68.80
PTFs : 1 représentant	UNFPA Mali	Dr Sadio Diarra	Chargée de programme SR/UNFPA Mali	Email : sdiarra@unfpa.org Tel : 00223.74.19.00.26
Total : 6 structures				

Burkina :

SECTEUR	Structures par catégorie d'acteurs clefs	Prénoms & Noms des représentants	Titres et Postes occupées dans les structures	Adresses de contact (Téléphones et emails)
ETAT (03)	Direction De La Sante De La Famille (DSF)	Dr Ky Yolland André	Directeur de la Santé de la Famille	Tél : 70 26 12 28 ayollank@gmail.com
	Direction de la lutte contre les violences faites aux enfants (Ministère Promotion de la femme et solidarité Nationale) (DLVE)	Aimé ZOMBRE	Administrateur des Affaires sociales	Tél : 70 94 21 14 aimzombre@gmail.com
	Secrétariat Technique Chargé de L'Accélération de la Transition Démographique (ST ATD)	Dr IDA Salou Kagoné Secrétaire Technique	Chargée de l'accélération de la Transition Démographique (ST – ATD)	Tél: 70038025 idakagone@yahoo.fr
SOCIETE CIVILE (05)	Groupe Technique SR	Toé Simplicite	Chef de File GT –SR	Tél : 70 20 06 86 tsimplice@fasonet.bf
	BURCASO	Ouédraogo Ousmane Tél : 78 82 63 39	Coordonnateur National	Tél : 70 78 82 63 39 ousmaneoued@homail.com
	Association Burkinabè pour le Bien Etre Familial (ABBEF)	Ouédraogo Bourheima	Directeur Exécutif	Tél : 70231554 wed_brhm@yahoo.fr
	Equilibres & Populations	Brigitte Syan	Chargée du plaidoyer	Tél : 70 46 27 46 brigitte.syan@equipop.org

	Réseau des Jeunes Ambassadeurs pour la SR et la PF (JA-PF)	Ouédraogo K Moukailou	Président des JA	Tel : +226 72243135/ 79053155 mika.ouedraogo@yahoo.fr
INSTITUT DE RECHERCHE (01)	Institut Supérieur Des Sciences de la Population (ISSP)	Dr Guiella Georges	Directeur Adjoint	Tél : 70 26 09 95 gguiella@issp.bf
Total 9 structures				

Guinée :

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	AGEBEF	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)

Niger :

Catégories de représentations	Noms des structures	Prénoms & Noms des représentants	Titres et Postes occupées dans les structures	Adresses de contact (Téléphones et emails)
Structures de l'Etat (2 représentants)	Ministère de la Santé Publique /Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant/Division Santé des Jeunes	Docteur MOUMOUNI Halima	Chef de Division Santé des Jeunes/DSME	Tél : 00227 94943920 Email : halisfm@yahoo.fr
	Ministère de la Jeunesse et des Sports /Direction Nationale de la Jeunesse /Division Droits Spécifiques en SR des Jeunes	Mme SEKOU Dijé Ouagani	Directrice Nationale	Tél : 00227 96983130 Email : dijskou@yahoo.fr
Société civile : 2 représentants	Coalition nationale des OSC/PF du Niger	Mme TRAORE Salamatou	Présidente	Tél : 00227 96965558 Email : salamatoutraore@yahoo.fr
	ANBEF /Association Nigérienne du Bien-être Familiale (membre IPPF/région Afrique)	Dr KARIM Abdoulaye	Président	Tél : 00227 90034417 Email : drkarimabdoulaye@anbef-niger.org
PTFs : 1 représentant	UNFPA Niger	Dr MANZO ADAMOU	MD, MPH/GSR RSS NPO Chargé de Programme	Tél : 00227 90278037, 98345801 Email : manzo@unfpa.org
Organisation de jeunesse engagée	Réseau africain des adolescents et des jeunes en population et développement (AfriYAN Niger)	Dr AWAL ISSA RACHID	Président	Tél : 00227 92555525 Email : awid1er@yahoo.fr
Organisation religieuse	Alliance des leaders religieux sur la SR/PF (GAIPDS)	M. ALOU MAIGA	Secrétaire Général	Tél : 00227 96749291 Email : gaipds@gmail.com
Total : 7 structures				

1- NOTE TECHNIQUE DE LA SUBVENTION STRATEGIQUE AMPLIFYCHANGE

1.1 CONTEXTE

Ayant bénéficié d'un premier financement d'Amplify Change 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'Amplify Change 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 Amplify Change.

La note conceptuelle soumise en juillet 2017 a été validée par Amplify Change 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'Amplify Change ont considéré la candidature du consortium comme une offre prometteuse pour contribuer aux objectifs d'Amplify Change et l'ont tous les deux recommandée pour recevoir le financement offert par cette subvention stratégique. Une notification officielle d'Amplify Change 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 :

- 5) Plaider et aider à améliorer la politique et la stratégie DSSR sur les thèmes prioritaires d'Amplify Change aux niveaux régional et national dans 4 pays subsahariens en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Niger, Burkina Faso) ;
- 6) 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 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 la revue et l'analyse comparative ciblée de la littérature en Afrique de l'Ouest avec des recommandations dans le but de soutenir les efforts de plaidoyer et de renforcement des capacités des Organisations de la société civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale en Afrique de l'Ouest Francophone
- Travailler en étroite collaboration avec les Task Forces mise en place dans les 4 pays de l'Afrique de l'Ouest 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 la revue de la littérature

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 revue de littérature du secteur DSSR, 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 la revue.

2.3 Activités à réaliser

- Faciliter la mise en place et l'animation de la Task-Force associée à la revue dans les 4 pays de l'Afrique de l'Ouest
- Réunir, analyser et faire la synthèse de la documentation sur les DSSR pertinente pour les besoins de la revue
- 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 au besoin et procéder à leur analyse et synthèse
- Proposer et faire valider un canevas de rédaction du rapport final de la revue 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 la revue et le rapport synthétique du déroulement de la revue à soumettre à la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International
- Réaliser les différentes phases de la revue 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 la réalisation des revues de littérature dans le respect des normes scientifiques et des bonnes pratiques dans le secteur DSSR ;
- Avoir au moins 5 ans d'expérience professionnelle ou de consultation 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 capacités d'analyse, de synthèse et compétences pour la production de livrables (rapport d'études, etc.) de haute qualité ;

NB : Cette étude menée par Ebenezer International concernera 8 pays en Afrique Sub-saharienne : Mali, Burkina Faso, Niger, Guinée, Malawi, Zimbabwe, Ouganda et Afrique du Sud.

Un consultant peut postuler pour l'ensemble des 4 pays de l'Afrique de l'Ouest (Mali, Burkina Faso, Niger, Guinée) ou pour l'ensemble des 4 pays de l'Afrique Australe (Malawi, Ouganda, Afrique du Sud et Zimbabwe).

2.5 Durée de la consultation

30 jours de travail entre le 14 Janvier 2019 et le 25 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 ou des réunions de cadrage initiales en présentiel ou à distance avec les 4 Task-Force (dont une Task-Force par pays pour le Mali, la Guinée, le Burkina Faso, le Niger). Dans chaque pays, la Task-Force sera constituée d'au moins 2 structures étatiques (une de la santé et une de la statistique), 1 structure représentant les PTF en charge des DSSR et un représentant des OSC pour le repositionnement de la planification familiale. Le consultant proposera la liste des membres de la Task-Force par Pays qui sera validée par la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International
- **Pendant la consultation :** 15 jours de travail pendant lesquels le consultant procédera à la recherche documentaire et aura des échanges en présentiel ou à distance avec au moins 10 parties prenantes clefs du secteur DSSR dans chaque pays dont la liste sera élaborée par les Consultants et validée par Ebenezer International. La littérature DSSR objet de l'étude inclura entre autres : les conventions internationales, régionales et sous régionales, les lois, les politiques, au moins 15 rapports pertinents, les modules de formations, les documentaires, les articles scientifiques, et d'autres publications déjà réalisées par différentes parties prenantes des DSSR en Afrique de l'Ouest. Les parties prenantes incluent et ne se limitent pas à nos partenaires, les partenaires techniques et financiers, de même que les organisateurs des forums sur la santé en Afrique de l'Ouest à travers l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS).
- **A la fin de la consultation :** 10 jours de travail pendant lesquels le consultant élaborera le rapport de la revue et de l'analyse comparative ciblée de la littérature DSSR en Afrique de l'Ouest pour le Mali, le Burkina Faso, le Niger et la Guinée, et organisera une réunion de cadrage finale de l'étude avec les 4 Task-Forces mis en place au début de la consultation pour feedbacks dans les 4 pays au moins 5 jours avant la soumission du rapport final
- **Délai de soumission du rapport final :** Le rapport final intégrant les feed-back des 4 Task-Force sera transmis à la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International le 25 Février 2019 à 17 heures GMT pour validation définitive.

2.6 Rémunération : à négocier à la signature du contrat.

Le payement 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.

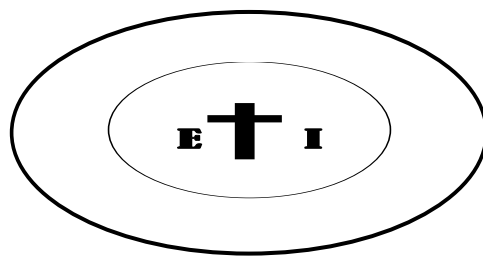
3- CANDIDATURE

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 :

- Seuls les candidats présélectionnés seront contactés par Ebenezer International pour les prochaines étapes.
- Ebenezer International se réserve le droit d'arrêter le processus de sélection dès l'obtention d'une candidature satisfaisante.
- Aucun dossier fourni ne sera retourné aux candidats par Ebenezer International.



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