



Dambe Funds

L'analyse de l'économie politique du secteur DSSR en Guinée

Subvention Partenariat REQG-8JEY-HF



AMPLIFYCHANGE

2^{ème} Edition - Décembre 2022

L'analyse de l'économie politique du secteur DSSR en Guinée

Date du rapport final : Décembre 2022

Date de Validation par les Task-forces du Mali, de la Guinée du Niger et du Sénégal :
Décembre 2022

AVERTISSEMENT

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

Table des matières

Remerciements.....	2
Sigles & acronymes.....	4
Résumé exécutif.....	6
1. Introduction.....	9
2. Méthodologie.....	10
2.1. Définition des concepts.....	10
2.2. Démarche pour la réalisation de l'étude.....	11
3. Résultats du diagnostic sur le terrain.....	13
3.1. Contexte du pays.....	13
3.1.1. Contexte géographique et démographique.....	13
3.1.2. Contexte historique et culturel.....	13
3.1.3. Contexte politique.....	14
3.2. Développement du secteur DSSR.....	14
3.2.1. Historique.....	14
3.2.2. Situation actuelle (parties prenantes, perceptions, législation, rôles formels / informels et mandats des différents acteurs, niveaux de prise de décision).....	20
3.2.3. Equilibre entre les autorités centrales et locales dans la fourniture de services en rapport avec les DSSR.....	22
3.2.4. Equilibre entre l'appropriation du public et du privé.....	23
3.2.5. Financement du secteur (public, privé, dons, partenariat public-privé).....	24
3.2.6. Participation de la société civile et surveillance citoyenne.....	25
3.2.7. Principaux bénéficiaires des subventions et des services de DSSR.....	26
3.2.8. Principales réformes des politiques de DSSR (succès, résistances, champions clefs, gagnants et perdants des réformes, alternatives).....	26
3.2.9. Défis et opportunités.....	27
3.3. Facteurs de changement dans le secteur.....	28
3.3.1. Idéologies et valeurs contraignant le changement.....	28
3.3.2. Moteurs traditionnels et émergents du changement.....	28
3.3.3. Influence des différents groupes d'intérêt extérieurs à la politique en matière de DSSR : secteur privé, ONG, consommateurs, médias.....	28
3.4. Principaux problèmes et points à prendre en compte dans le secteur.....	29
3.4.1. Inégalités dans le secteur (des groupes sociaux, régionaux ou ethniques particuliers sont-ils moins favorisés ?).....	29
3.4.2. Mécanismes de prise de décision (comment les décisions sont prises, qui est impliqué, les décisions sont-elles mise en œuvre ?).....	31
3.4.3. Corruption et favoritisme dans le secteur (livraison, achat, attribution des emplois).....	32

3.4.4. Difficultés dans la mise en œuvre des décisions (problèmes de la mise en œuvre dus à quels facteurs humains, politiques ou économiques ?).....	32
3.4.5. Violence basée sur le genre.....	33
4. Conclusion	38
4.1. Qu'est-ce qui fonctionne dans le domaine de la responsabilité dans le secteur?.....	38
4.2. Ce qui ne fonctionne pas encore dans le système : les lacunes, les principaux goulets d'étranglement	38
4.3. Recommandations	38
Annexe 1 : Structures consultées	40
Annexe 2 : Structures de la Task Force.....	42
Annexe 3 : Questionnaire	44
Annexe 4 : Termes de référence	48
Annexe 5 : Bibliographie.....	54

Remerciements

Ebenezer International souhaite exprimer sa gratitude aux personnes et organisations qui ont rendu cette publication possible. Remerciements à Monsieur Sidiki Koné et Dr. Fad Seydou d'avoir coordonné cette étude ; à Dr. Alexis Traoré pour avoir été le point focal en Guinée.

Nous souhaitons remercier également les représentants ci-dessous des structures consultées en Guinée dans le cadre de l'étude, notamment celles qui ont bien voulu répondre au questionnaire :

▪ REPRESENTANTS DES STRUCTURES CONSULTEES EN GUINEE

- Madame Mariama BARRY, Cheffe de Division, Division des Activités Socio-éducatives des Jeunes ;
- Monsieur Isaac Charia MANO, Chargé Suivi Evaluation, Direction Nationale de la Jeunesse et des Sports ;
- Dr Pernamou TRAORE, Chargé Suivi et Evaluation, Association Guinéenne pour le Bien Être Familiale (AGBEF);
- Monsieur Aly CAMARA, Coordinateur, Projet LAD – Association Guinéenne pour le Bien Être Familiale (AGBEF);
- Monsieur Abou Maimouna DIALLO, Président, Réseau des Jeunes Ambassadeurs pour la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale ;
- Monsieur Mohamed Fodé SACKO, Président, Association des Elèves et Etudiants Musulmans de Guinée (AEEMG) ;
- Madame AJAVON, Assistante de la Représentante Résidente, UNFPA en Guinée ;
- Madame NIARE Hawa KAREMBE, Assistante du Représentant Résident, OMS Guinée
- Pr Yolande HYJAZI, Directrice Pays, MCHIP/Jhpiego ;
- Madame Finda IFFONO, Chargée des Programmes, Plan International Guinée (PIG).

Enfin, nous remercions les membres ci-dessous de la Task-force de la Guinée pour leur coopération et leur soutien tout au long du processus d'examen et d'amélioration du contenu de la présente étude :

▪ MEMBRES DE LA TASK-FORCE DE LA GUINEE

- Dr Hadja Bintou BAMBA, Présidente ASFEGMASSI/Coalition nationale des Organisations de la Société Civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale en Guinée ;
- Dr Mamadi Kankou CAMARA, Chef Section Santé des Ado Jeunes, Direction Nationale de la Santé Familiale et Nutrition ;
- Monsieur Kamissoko BAMBA, Chef Division Lutte contre les violences sexuelles, Ministère de la Promotion Féminine de l'Enfance et des Personnes Vulnérables ;
- Mr Sékou KOUROUMA, Membre de Groupe parlementaire Santé, Conseil National de la Transition (CNT) ;
- Monsieur Ibrahima Kalil KOUROUMA, Directeur National, Direction nationale de la Jeunesse et des Activités Socio-Educative ;
- Dr Siba KOMARA, Responsable de la Santé Universitaire Technique et de Formation Professionnelle, Ministère de l'Enseignement pré-universitaire et de l'Alphabétisation ;

- Monsieur Fassouma SANOH, Directeur Exécutif de l'Association Guinéenne pour le Bien Être Familiale et Vice-président Coalition des Organisations de la Société Civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale en Guinée ;
- Dr Alphonse Vohou SAKOUVOGUI, Promoteur, Cabinet d'Etudes, de Recherche et de Conseil ;
- Madame Hadja Mariam SOW, Présidente, Groupe Religieux pour la Santé, le Développement et la Paix ;
- Madame Kadiatou KONATE, Président, Club des Jeunes Filles Leaders de Guinée ;
- Madame Fanta WAGUE, Chargée de programme, UNFPA ;
- Madame Kadiatou BALDE Spécialiste VIH, Unicef Guinée ;
- Monsieur Maurice SANDOUNO, Assistant technique national de la Promotion des droits sexuels et reproductifs, ENABEL Guinée ;
- Monsieur Kouamé Jean KONAN, Coordinateur Systèmes et Services de Santé, OMS Guinée ;
- Monsieur François Moriba DOPAVOGUI, Président, Fédération Guinéenne pour la Promotion des Associations des personnes Handicapées (FEGUIPAH).

Sigles & acronymes

AGEBEF	Association Guinéenne pour le Bien Être Familial
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CIPD	Conférence Internationale du Caire sur la Population et le Développement
CNLS	Comité National de Lutte contre le VIH/sida
CRD	Communautés Rurales de Développement
DFID	Department for International Development
DNS	Direction Nationale de la Santé
DNSFN	Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition
DSSR	Droits et santé sexuelle et de la reproduction
EDS	Etude démographique et de santé
EVF	Education à la Vie Familiale
GBVIMS	Gender based violence information management system (Système de gestion de l'information sur les VBG)
IRC	International Rescue Committee
IST	Infection sexuellement transmissible
MASPF	Ministère des Affaires Sociales et de la promotion Féminine
MICS	Enquête à indicateurs multiples
MSF	Mutilation sexuelle féminine
MSH	Management Sciences for Health
MMK	Méthode de mère kangourou
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif de développement durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPROGEM	Office de Protection du Genre, de l'Enfance et des Mœurs
PANB-PF	Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PF	Planification familiale
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNG	Politique Nationale Genre
PNSR	Politique Nationale de la Santé de la Reproduction
PSN	Plan Stratégique National
PSSPSR	Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction
PSRF	Programme de santé de la reproduction et de la famille
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SDSP	Santé et Droits Sexuels et de la Procréation
SRAJ	Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes
SRMNI-A-N	Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile et Adolescente et de la Nutrition
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TDR	Termes de référence
TME	Transmission Mère-Enfant du VIH
UA	Union Africaine
UE	Union Européenne
UNFPA	Fonds des Nations-Unies pour la Population
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés

UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance
USD	Dollar des Etats-Unis
VBG	Violence basée sur le genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé exécutif

Le Consortium, constitué de Conseils et Appui pour l'Education à la Base (CAEB) et d'Ebenezer International (EI), a reçu un financement qui donne l'opportunité aux organisations membres dudit consortium de renforcer leur appui au plaidoyer auprès des OSC bénéficiaires dans les 4 pays retenus en Afrique de l'Ouest francophone (Guinée, Mali, Niger, Sénégal).

Ses objectifs sont les suivants :

- Assurer l'octroi de subventions à de petites OSC soutenant des initiatives locales de plaidoyer en faveur des DSSR ;
- Fournir des connaissances et faciliter les initiatives de plaidoyer conjointes des petites OSC ;
- Faciliter le soutien au renforcement organisationnel des petites OSC en termes de renforcement des capacités institutionnelles, de gestion, de mobilisation des ressources et de mise en réseau.

Les objectifs de l'étude sont :

- Réviser et actualiser les données pertinentes de l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour la Guinée ;
- Travailler en étroite collaboration avec la Task Force mise en place en Guinée dans le cadre de l'Etude, de même qu'avec la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International pour identifier et collaborer efficacement avec les parties prenantes clés du secteur DSSR dans le processus de l'analyse de l'économie politique.

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

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

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

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

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

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

- Pour la formulation des politiques et stratégies en rapport avec les DSSR :
 - ✓ Vulgariser et appliquer les textes de loi et réglementaires ;
 - ✓ Appliquer et de faire appliquer les lois déjà existantes en matière de DSSR et légiférer là où il existe des vides juridiques ;
 - ✓ Adapter les infrastructures et équipements et ressortir les aspects liés à l'offre des soins en faveur des personnes à mobilités réduites ;

- ✓ Faire de plaidoyer pour la révision de la loi L10 relative à la santé de la reproduction. ;
 - ✓ Informer et sensibiliser les partis politiques, les membres de l'Assemblée nationale et les responsables locaux sur les DSSR.
- Pour la conception de projets ou de programmes DSSR :
 - ✓ Mobiliser les ressources pour soutenir la mise en œuvre des programmes et projets ;
 - ✓ Promouvoir la santé sexuelle et reproductive dans les localités éloignées ;
 - ✓ Organiser des plaidoyers à l'intention des leaders politiques, religieux ;
 - ✓ Renforcer la gouvernance en milieu médical.
- Pour informer le dialogue et l'engagement avec les partenaires DSSR :
 - ✓ Vulgariser les documents de politique sectorielle ;
 - ✓ Rendre accessible l'information à tous sur l'avantage de la santé sexuelle et de reproduction ;
 - ✓ Informer et sensibiliser les femmes, les hommes, les adolescents, le personnel de santé, le personnel enseignant, et les leaders d'opinion (chefs de quartier et de village, chef religieux, hommes et femmes influents du milieu, responsables de partis politiques, etc.), les OSC sur les DSSR ;
 - ✓ Impliquer davantage les organisations religieuses dans les activités de DSSR ;
 - ✓ Former les leaders communautaires (religieux et communicateurs traditionnels), les médias, les associations de jeunes au changement social et comportemental dans le cadre de la santé sexuelle et reproductives ;
 - ✓ Mettre en place un mécanisme de dialogue intergénérationnel autour de la question et intensifier les sensibilisations pour briser le tabou autour du sujet ;
 - ✓ Associer davantage les responsables de la santé à la base dans le choix et l'identification des priorités sur la thématique ;
 - ✓ Choisir judicieusement des canaux de communication adaptés aux cibles (surtout pour les populations rurales et analphabètes) ;
 - ✓ Encourager les communautés à faire prévaloir leurs droits à la santé et à fréquenter les centres et postes de santé ;
 - ✓ Renforcer les actions de plaidoyer auprès des services politico-administratives pour le respect des engagements relatifs au DSSR dans notre pays.
- Pour la prestation des services DSSR :
 - ✓ Mettre en place un mécanisme intégré de coordination et de suivi/ évaluation ;
 - ✓ Promouvoir la recherche-action par rapport à la promotion de la santé sexuelle et reproductive y compris les violences basées sur le genre ;
 - ✓ Promouvoir l'intégration du VIH et la santé sexuelle et reproductive ;
 - ✓ Renforcer la capacité des organisations de la société civile et les acteurs de terrain dans l'organisation des plaidoyers et dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive y compris la lutte contre toute forme de violence basée sur le genre ;
 - ✓ Renforcer la coordination des actions des différents départements étatiques intervenant dans le domaine des DSSR ;
 - ✓ Renforcer la formation des agents communautaires en DSSR ;
 - ✓ Appuyer la mise en place des espaces de santé pour jeunes ;
 - ✓ Recruter et former un personnel qualifié pour les postes et centres de santé ;
 - ✓ Outiller les agents du secteur DSSR ;

- ✓ Construire des centres et postes de santé dans toutes les collectivités ;
- ✓ Rendre effective la gratuité des services de DSSR

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 et de violences basées sur le genre, obstacles médicaux, inefficacité des droits, absence de normes harmonisées en matière de droits et santé sexuelle et de la reproduction (DSSR) conformément aux engagements mondiaux, continentaux et régionaux.

Le Consortium, constitué de Conseils et Appui pour l'Education à la Base (CAEB) et d'Ebenezer International (EI), a reçu un financement qui donne l'opportunité aux organisations membres dudit consortium de renforcer leur appui au plaidoyer auprès des OSC bénéficiaires dans les 4 pays retenus en Afrique de l'Ouest francophone (Guinée, Mali, Niger, Sénégal).

Ses objectifs sont les suivants :

- Assurer l'octroi de subventions à de petites OSC soutenant des initiatives locales de plaidoyer en faveur des DSSR ;
- Fournir des connaissances et faciliter les initiatives de plaidoyer conjointes des petites OSC ;
- Faciliter le soutien au renforcement organisationnel des petites OSC en termes de renforcement des capacités institutionnelles, de gestion, de mobilisation des ressources et de mise en réseau.

Le but de cette étude est la mise à jour d'une première édition réalisée grâce à une subvention stratégique d'AmplifyChange qui a permis de réaliser différentes études en Afrique de l'Ouest et en Afrique australe, dans le cadre d'un Consortium constitué de CAEB, de la Coalition Régionale des Organisations de la Société Civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale (COSC/PF) pour l'Afrique de l'Ouest Francophone et d'Ebenezer International. Elle porte sur la mise à jour des études précédentes et l'inclusion du Sénégal dans ces études. En particulier, il s'agit de réaliser la mise à jour de l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour la Guinée.

Les objectifs de l'étude sont :

- Réviser et actualiser les données pertinentes de l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour la Guinée ;
- Travailler en étroite collaboration avec la Task Force mise en place en Guinée dans le cadre de l'Etude, de même qu'avec la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International pour identifier et collaborer efficacement avec les parties prenantes clefs du secteur DSSR dans le processus de l'analyse de l'économie politique.

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.

2. Méthodologie

2.1. Définition des concepts

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

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

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

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

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

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

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

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 a été le premier des cadres de développement international à aborder les questions relatives à la sexualité, à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction. Dans son paragraphe 7.2, il définit la santé en matière de sexualité et de reproduction comme un état de bien-être général de l'individu dans sa vie sexuelle et procréative.

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

La santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction (SDSR) consistent en des droits ainsi qu'en des libertés². Ces droits sont définis au paragraphe 7.3 du Programme d'action de la CIPD, qui précise qu'il ne s'agit pas d'un nouvel ensemble de droits de l'homme mais de droits déjà reconnus dans des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ayant trait à l'autonomie en matière de sexualité et de reproduction et à la santé dans ces domaines. De plus, en 1995, le Programme d'action de Beijing 4 a étendu cette définition pour couvrir à la fois la sexualité et la reproduction, en affirmant dans son paragraphe 96 le droit des individus d'exercer le contrôle de leur sexualité sans contrainte, discrimination ou violence et de prendre des décisions dans ce domaine. Ces droits ont été réitérés dans divers documents des Nations Unies, notamment dans les documents finals des processus de suivi et d'examen du Programme d'action de la CIPD et du Programme d'action de Beijing.

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

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

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

2.2. Démarche pour la réalisation de l'étude

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

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

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

² Leçons tirées du premier cycle de l'examen périodique universel. Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. UNFPA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Résultats du diagnostic sur le terrain

3.1. Contexte du pays³

3.1.1. Contexte géographique et démographique

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

La Guinée comprend quatre régions naturelles : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée forestière. La Basse Guinée est une région des plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et qui se caractérise sur le plan climatique par des fortes précipitations variant entre 3000 et 4000mm d'eau par an avec une humidité élevée. La moyenne Guinée, région de massifs montagneux, couvre 22% du territoire national avec des niveaux de précipitations annuelles variant entre 1500 et 2000 mm avec un climat semitempéré. La Haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées couvrant 40% du territoire national. Le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm par an avec un climat chaud et sec. La Guinée forestière est un ensemble de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national avec un climat humide et une pluviométrie, variant entre 2000 et 3000 mm par an

Selon les estimations de l'Institut National des Statistiques de la Guinée, la population est passée à 12 559 623 d'habitants en 2020, avec un taux d'accroissement annuel intercensitaire de 2,9%. Les femmes représentent près de 55% de la population. La majorité de la population est jeune (44% sont âgés de moins de 15 ans en 2014). Seulement 4% de la population guinéenne est âgée de plus de 65 ans en 2014. Cette population est très jeune et à forte prédominance rurale.

Le taux brut de natalité est de 33,6 pour 1000 en 2018 et l'indice synthétique de fécondité était de 4,8 enfants en 2018. L'espérance de vie moyenne à la naissance est de 59 ans. La population guinéenne présente une grande diversité ethnique. Les groupes ethniques sont les suivants : les Malinkés, les Koniankés, les Peulhs, les Toucouleurs, les Diakankés, les Soussous, les Bagas, les Nalous, les Mikoforès, les Kissis, les Guerzés, les Tomas, les Manons, les Konos, les Badiarankés, les Bassaris, les Koniaguis, les Landoumas, les Lélés, les Foulakoundas, les Tomamانيين, les Kourankos, les Djallonkés. L'islam est la religion dominante dans le pays (85 %). Le reste de la population pratique le christianisme (4,3 %) et les croyances traditionnelles

3.1.2. Contexte historique et culturel

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

³ Ministère de la santé publique 2020. Stratégie nationale santé numérique 2021-2025

La Guinée comprend plusieurs ethnies. Les habitants sont en majorité des musulmans (89.1%), les chrétiens sont à 6.8%, et les animistes constituent 1.6% de la population⁴.

Sous l'influence des valeurs socio-culturelles, les opportunités de promotion sociale offertes aux femmes sont limitées, aussi bien au niveau de la famille qu'à celui de la collectivité : difficultés d'accès à la terre (les enfants mâles sont souvent seuls héritiers du domaine familial), au logement, à l'éducation, à des catégories d'activités professionnelles, au processus de prise de décision, etc. Ce sont là autant de contraintes qui entravent l'épanouissement de la femme, au plan individuel et collectif, et déterminent la pauvreté particulière dans laquelle vivent une large majorité des femmes guinéennes⁵.

3.1.3. Contexte politique

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

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

En 2010, Alpha Condé est élu démocratiquement pour un mandat de 5 ans. Il sera réélu en 2015. En mars 2020, en dépit des manifestations et du désaccord de la grande partie de la population et de l'opposition et ce malgré une loi stipulant qu'aucun président ne peut se présenter pour plus de deux mandats consécutifs, Alpha Condé modifie la Constitution pour pouvoir légalement se représenter. Il est alors officiellement candidat pour un troisième mandat pour les élections s'étant tenues en octobre 2020. Il remporte les élections. Le 5 septembre 2021, un coup d'Etat des forces spéciales, dirigées même à la capture d'Alpha Condé. un autre régime militaire de transition a commencé.

3.2. Développement du secteur DSSR

3.2.1. Historique

3.2.1.1 Contexte international

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

⁴ CIA The world factbook 2016

⁵ Plan stratégique national (PSN) pour l'accélération de l'abandon des mutilations génitales féminines /excision (MGF/E) 2012 – 2016. Ministère des affaires sociales, de la promotion féminine et de l'enfance

Les tendances idéologiques face à la régulation de la natalité ont changé au fil des années. La première Conférence internationale sur la Population a été organisée en 1927 par la Société des Nations⁶.

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

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

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

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

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

La SSR, les principes qui la régissent, les objectifs à atteindre et les mesures à prendre pour y parvenir sont détaillés en cinq thématiques⁷ :

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

3.2.1.2 Contexte national

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

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

⁶ Sarah Vilpert, « De la Planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive : Une étude de cas ». Université de Genève. Janvier 2008. Faculté des Sciences Economiques et Sociales. Laboratoire de démographie et d'études familiales. Mémoire de maîtrise

⁷ Ibidem

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

La politique de population est adoptée en 1992. La stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) a été introduite. L'enseignement de la santé de la reproduction dans les écoles de santé, la Faculté de Médecine et dans les écoles de niveau inférieur à travers les programmes d'Education à la Vie Familiale (EVF) fut introduite⁸.

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

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

Tableau 1 : Testes en DSSR

Textes	Période	Observations
Programme National de la Santé de la Reproduction	2000-2010	Prendre en compte les DSSR
Loi L/10/2000 sur la santé de la reproduction ⁹	De 2000 à nos jours	Concrétiser le Programme National de la Santé de la Reproduction.
Politique Nationale de la Santé de la Reproduction (PNSR)	De 2001 à nos jours	Son objectif général est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie et de l'état de santé des populations à travers le développement des services de SR accessibles et de bonne qualité.
Plan stratégique décennal	2003 -2013	Harmonisé avec le plan mondial conformément aux recommandations de la Conférence Internationale tenue à Addis-Abeba (Ethiopie), il est élaboré en Février 2003 sur le thème « Tolérance zéro aux MGF ».
Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)	2005-2012	Il a inscrit comme priorité la promotion de la planification familiale dans le souci de «Réduire la mortalité maternelle et néonatale» (priorité A7).
Plan stratégique de repositionnement de la planification familiale	2008-2015	Il a comme objectif général d'augmenter l'accès aux méthodes modernes de contraception et leur utilisation, ceci afin d'accroître la prévalence contraceptive de 6 à 15% d'ici 2015.
Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de	2008-2012	Il a succédé au premier plan élaboré en 2004. Ce plan stratégique a pour objectif général de faire en sorte que d'ici 2012,

⁸ Ministère d'Etat des Affaires Sociales, de la Promotion. Féminine et de l'Enfance. Politique Nationale Genre

⁹ Loi L/2000/010/AN, Adoptant et Promulguant la Loi Portant Santé de la Reproduction ; Rép. De Guinée, Juillet 2000.

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

Textes	Période	Observations
Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)	2015-2024	Il a été élaboré. Il voudrait que « D'ici 2024 la prévalence contraceptive en Planification Familiale, passera de 19% à 51% ».
Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP III)	2013-2015	Il souligne que « La croissance élevée de la population constitue un défi majeur. Aussi, la maîtrise de la croissance démographique exige-t-elle des mesures novatrices y compris le renforcement des services de santé reproductive et de planification familiale ».
Programme de santé de la reproduction et de la famille (PSRF)	2018	Le PSRF intervient à trois niveaux : <ul style="list-style-type: none"> • Le premier niveau vise une amélioration de la qualité des services relatifs à la santé de la reproduction, y compris le VIH, dans les structures de santé et les hôpitaux. • Le second niveau consiste à renforcer les mécanismes de contrôle et de pilotage, particulièrement dans les secteurs déconcentrés. • Le troisième niveau porte sur la fourniture des prestations de meilleure qualité aux jeunes filles et jeunes garçons dans les centres pour jeunes et les centres de santé.
Plan d'Action National Budgétisé de la planification Familiale 2019-2023 de la Guinée	2018	Le Plan est stratégique et opérationnel. C'est également un outil pour la mobilisation des ressources et le suivi-évaluation des activités proposées dans ce plan permettant au Gouvernement de la Guinée d'établir une vision claire, des objectifs stratégiques et de prévoir le budget nécessaire à l'atteinte des objectifs nationaux en matière de Planification familiale.
Plan Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile et Adolescente et de la Nutrition (SRMNIA-N)	2020-2024	L'objectif global du plan est d'éliminer les décès maternels, néonatales, infantiles et infanto-juvéniles évitables et promouvoir le bien-être des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes en utilisant une approche multisectorielle basée sur les droits et l'accès universel aux services de SRMNIA-N fournis dans un continuum de soins respectueux.

Textes	Période	Observations
Stratégie nationale santé numérique	2021-2025	Ce Plan Stratégique National constitue pour les acteurs de santé au niveau national et extérieur le référentiel de toutes les interventions en matière de la santé numérique, comme accélérateur vers la Couverture Santé Universelle en Guinée.
Engagements du Gouvernement de la Guinée en FP2030	2021-2030	Objectif : « D'ici 2030, une Guinée où toute la population, y compris les adolescents et les jeunes, soit en bonne santé et jouit d'un bien être socio-économique à travers un accès universel à des services de planification familiale abordables et de qualité »

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

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

Tableau 2 : Conventions et chartes

Conventions internationales	Année d'adoption	Quelques éléments clés
Les objectifs mondiaux (ODD) à atteindre d'ici 2030	2015	Les ODD 5 et 16, à savoir parvenir au respect de l'équité et à l'égalité des sexes et contribuer à l'autonomisation des femmes et les filles
La Charte des Nations Unies signée à San Francisco	1945	les pays signataires se sont résolus dans le préambule de la Charte « à proclamer à nouveau notre foi dans les droits fondamentaux de l'homme, 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 ». Pour l'ODD 3, il s'agit de « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».
La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de l'Assemblée Générale des Nations Unies	1948	Il proclame que « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité »
Plan d'action du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-SWAP)	2014	Il vise à promouvoir la responsabilisation des Nations Unies en direction de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
La Convention internationale relative aux Droits de l'enfant (CIDE)	1989	« Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant

		contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié ». (Article 19).
Convention pour l'Elimination des discriminations envers les femmes (CEDEF) et son protocole en 2000	1981	« Les Etats parties condamnent la discrimination à l'égard des femmes sous toutes ses formes, conviennent de poursuivre par tous les moyens appropriés et sans retard une politique tendant à éliminer la discrimination à l'égard des femmes. » (Article 2).
Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, dit « Protocole de Maputo » en 2005.	1986	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 • offrir des services avortements sans risque dans le cadre des dispositions de la loi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

On constate toutefois les améliorations suivantes ces dernières années :

- La revue des documents politiques par rapport à la clarté des lois relative à la DSSR ;
- Des efforts d'application des textes ;
- Le projet d'élaboration des curricula pour enseignement des DSSR à l'école ;
- Des efforts dans la disponibilité de l'information ;
- Des efforts dans l'accès aux services ;
- Des nouveaux programmes et plans en faveur des DSSR ;
- La parole se libère peu à peu et les victimes dénoncent les faits de VBG ;
- La conjugaison progressive des efforts en matière des DSSR des OSC, ONG et Associations ;
- Des efforts pour approcher les centres de santé des communautés ;
- L'émergence des OSC de promotion de la SSR ;
- L'utilisation des NTIC dans la promotion de la SSR ;
- La création des centres conviviaux ;
- Le changement de comportement au niveau de certains jeunes, hommes et femmes ;
- La participation de certains leaders communautaires (religieux et communicateurs traditionnels) dans la sensibilisation de la population.

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

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

Plusieurs documents clés renferment des options fortes en faveur de la PF/SR en vue de développer des interventions communautaires, notamment le document de « Politique Nationale de Santé Communautaire ». Mais aussi, la PF et la Stratégie de la Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE) ont été intégrées dans un paquet commun¹⁰.

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

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

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

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

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

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

Selon le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale de la Guinée 2019-2023, la particularité du privé lucratif est qu'il est fortement dominé par les structures informelles gérées pour la plupart par du personnel paramédical. L'offre formelle se résume à 41 cliniques et 106 cabinets de soins enregistrés en Guinée.

Le secteur privé lucratif, qui collabore très peu avec le public, est développé principalement en zone urbaine avec environ 55% des structures, et comprend 19 cliniques, 2 hôpitaux d'entreprise, 219 cabinets de consultation, 11 cabinets dentaires et 16 cabinets de sages-femmes. Le secteur privé illicite se développe fortement, facilité par un faible système de contrôle et d'inspection. La qualité des services et des produits et les prix pratiqués sont généralement hors de tout contrôle gouvernemental.

L'absence de promotion de la franchise sociale par la contractualisation avec le secteur privé est dû à l'inexistence de procédure pour la prise en compte des activités des structures privées agréées ; à la prolifération de structures privées informelles non maîtrisées par le ministère ; et à la non identification de partenaires s'investissant dans la franchise sociale et la contractualisation.

Les principales causes de la non implication des officines privées pour l'offre des services PF sont :

¹⁰ La délégation des tâches en matière de planification familiale au niveau communautaire dans les pays du partenariat d'Ouagadougou : expériences et leçons apprises pour une mise en œuvre effective. Population Council. Mars 2016

- Non application de mécanisme de pérennisation des acquis ;
- Non appropriation de la partie nationale dans la mise en place de l'offre des services PF dans les officines privées ;
- Insuffisance du renforcement des capacités du personnel des officines pour l'offre des services PF ;
- Méconnaissance de l'importance de leur implication dans l'offre des services.

Les principales causes de la faible implication des ministères connexes, des institutions et du secteur privé en faveur de la PF sont :

- Insuffisance de plaidoyer envers les autres ministères sur l'importance de la PF et de leurs rôles ;
- Faible application des textes législatifs et réglementaires en faveur de la SR/PF Principales causes ;
- Méconnaissance des textes législatifs et réglementaires (Code de la santé publique, Loi SR et ses textes d'application, code des collectivités) ;
- Sensibilisation insuffisante sur l'importance de la PF et du rôle qu'ils jouent.

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

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

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

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

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

Selon le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale de la Guinée 2019-2023, le coût total de mise en œuvre dudit plan s'élève à 161 121 049 389 GNF (17 972 386 \$US) dont 57,16% pour l'offre de services y compris les contraceptifs et les consommables, 21,37% pour la création de la demande, 7,34% pour la sécurisation des produits.

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

- La part du budget de l'Etat allouée à la santé est faible : en moyenne 2,54% du BND (contre 15% engagement des Etats de la CEDEAO) ;
- Faible taux d'exécution de ces allocations budgétaires (2004-2007) a avoisiné les 57% base engagements et 52% base paiements ;
- L'irrégularité et l'imprévisibilité des financements de l'Etat aux services de santé ;
- La mauvaise gouvernance financière des ressources de l'Etat entraînant des gaspillages importants ;
- L'inadéquation de l'allocation des ressources par rapport aux priorités sanitaires.

3.2.6. Participation de la société civile et surveillance citoyenne

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

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

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

Ces dernières années, les populations se sont mieux appropriées des services DSSR à travers la forte implication des organisations de la société civile, la communication et ma sensibilisation pour le changement responsable, notamment l'influence des leaders religieux au niveau des différentes confessions religieuses.

Le rapport sur « le mapping des initiatives E-Santé de la Santé sexuelle et reproductive des adolescentes et des jeunes en République de Guinée, réalisé en Septembre 2019 montre, entre autres, qu'il y a une prolifération d'acteurs notamment des organisations non gouvernementales, des particuliers, des institutions et partenaires financiers qui accompagnent la Guinée à travers des initiatives (campagnes numériques, plateformes en ligne, applications, sites web et messages de sensibilisation) dans la promotion de la Santé Sexuelle et Reproductive en Guinée et dans la Sous-Région.

Le développement et la croissance du numérique même dans des localités moins accessibles à travers l'utilisation des réseaux sociaux (Facebook, Twitter et WhatsApp) est une opportunité majeure pour toucher plus de personnes notamment les adolescents et jeunes.

3.2.7. Principaux bénéficiaires des subventions et des services de DSSR

Les principaux bénéficiaires des subventions sont les services publics impliqués dans les activités de DSSR, les collectivités territoriales les ONG nationales et internationales, les Associations et groupements, les médias.

Les bénéficiaires des services de DSSR, sont les femmes, les jeunes et adolescents, les enfants de moins de 5 ans, les religieux et coutumiers, les professionnels de sexe, les Communautés. Des efforts restent à faire pour toucher les groupes marginalisés et spécifiques ainsi que les handicapés.

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

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

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

Il y a également des résistances telles que :

- La résistance aux méthodes modernes de planification familiale ;
- La résistance à l'abandon de la pratique des mutilations génitales féminines ;
- La résistance à l'abandon du mariage précoce/ forcé ;

- La résistance des leaders religieux et leaders communautaires à l'application des textes de loi sur les DSSR ;
- L'analphabétisme des populations en général et en particulier des femmes.

3.2.9. Défis et opportunités

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

- Relever le niveau de couverture des interventions ;
- Assurer la disponibilité en médicaments ;
- Rendre disponibles des ressources humaines de santé (RHS) de qualité ;
- Renforcer la gouvernance, la coordination, le partenariat et l'équité ;
- Assurer un financement adéquat ;
- Amener les populations à adopter des comportements favorables aux DSSR.
- Assurer une meilleure prévalence contraceptive ;
- Réprimer les violences basées sur le genre ;
- Réduire les taux élevés de mortalité maternelle ;
- Faire adhérer les leaders religieux et communautaires à la politique de Santé sexuelle et reproductive ;
- Faire appliquer les textes juridiques relatives au DSSR ;
- Réduire considérablement la prévalence des VBG : 80,7% de femmes et filles de 15-64 ans ayant subi au moins une forme de violence depuis l'âge de 15 ans dont 29,3 violences sexuelles (ENVBG, 2016) ;
- Mettre fin aux MGF/Excision : 95% parmi les femmes et filles de 15 à 49 ans (EDS, 2018)
- Mettre fin au mariage précoce : 54,6% de filles sont mariées avant leur 18ème anniversaire et 21,1% avant l'âge de 15 ans. (MICS, 2016) ;
- Réduire le taux de de Fécondité des adolescentes ;
- Réduire le taux de mortalité maternelle : 550 pour 100 000 NV (MICS, 2016)
- Réduire le taux de prévalence du SIDA : 1,2% de prévalence de VIH/Sida chez les adolescentes de 15 à 19 ans contre 1,5% au niveau de la population générale (EDS, 2018) ;
- Résister efficacement aux pressions faites par les pairs ou par les adultes qui poussent à des pratiques sexuelles nuisibles à la santé ;
- Mettre fin à la stigmatisation des malades du VIH SIDA ;
- Renforcer l'offre de service de SSR ;
- Rapprocher les centres et des postes de santé des populations.

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

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

3.3. Facteurs de changement dans le secteur

3.3.1. Idéologies et valeurs contraignant le changement

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

- Les normes sociales ;
- Les pesanteurs socioculturelles ;
- Le maintien de la virginité avant le mariage ;
- L'interprétation étonnée des textes religieux ;
- L'extrême pauvreté ;
- Le bien-être social déterminé par le respect des mœurs et coutumes ;
- La déformation des informations liées à la DSSR ;
- La peur que les jeunes filles ne tombent enceinte avant le mariage, cela nuira énormément à la dignité des parents.

3.3.2. Moteurs traditionnels et émergents du changement

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

Des moteurs traditionnels on peut retenir :

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

Les moteurs émergents du changement en matière de DSSR sont :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

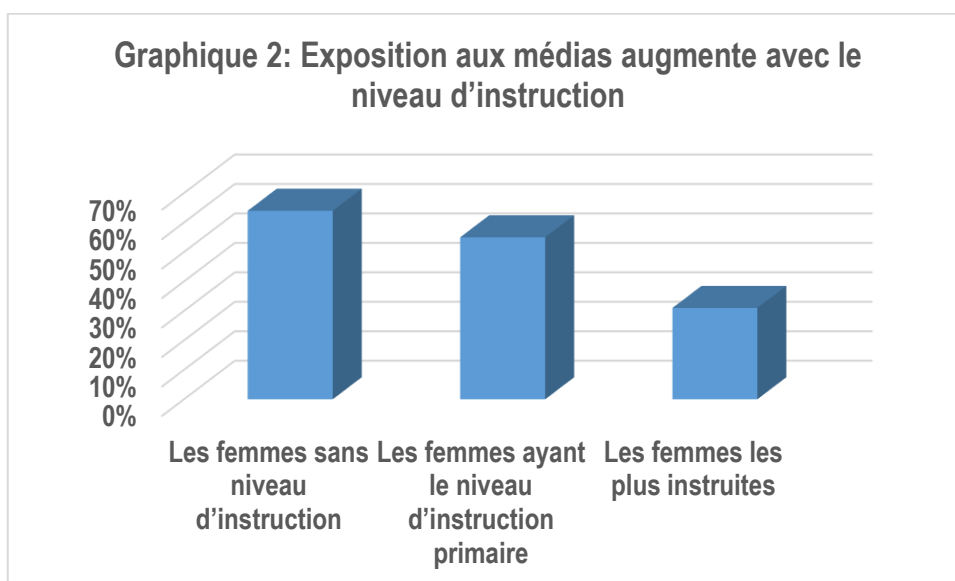
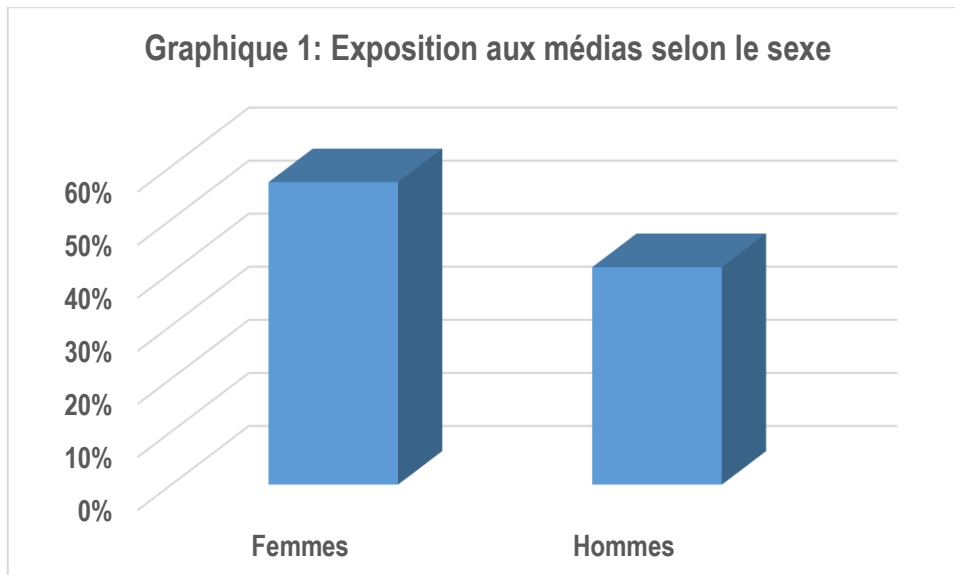
3.4.1.1 Exposition aux médias

Selon l'EDS 2018¹¹, le taux d'exposition aux médias est faible, particulièrement chez les femmes. En effet, près de six femmes sur dix (57 %) ne sont régulièrement exposées à aucun média. Ce pourcentage est de 41 % chez les hommes.

Par rapport à 2012, on constate que le niveau d'exposition aux médias a baissé, le pourcentage de femmes n'ayant accès à aucun type de média au moins une fois par semaine étant passé de 51 % à 57 %. Chez les hommes, le pourcentage est passé de 38 % à 41 %.

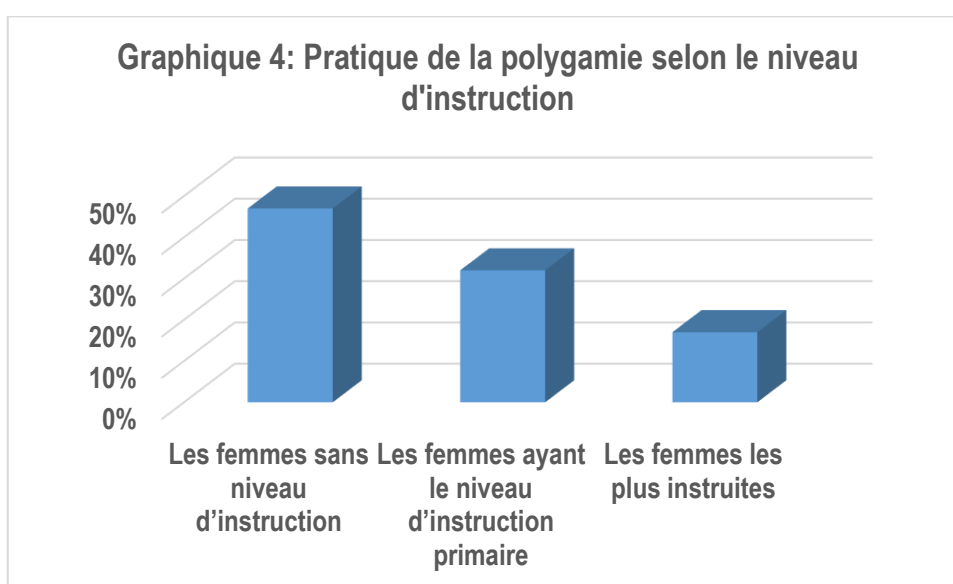
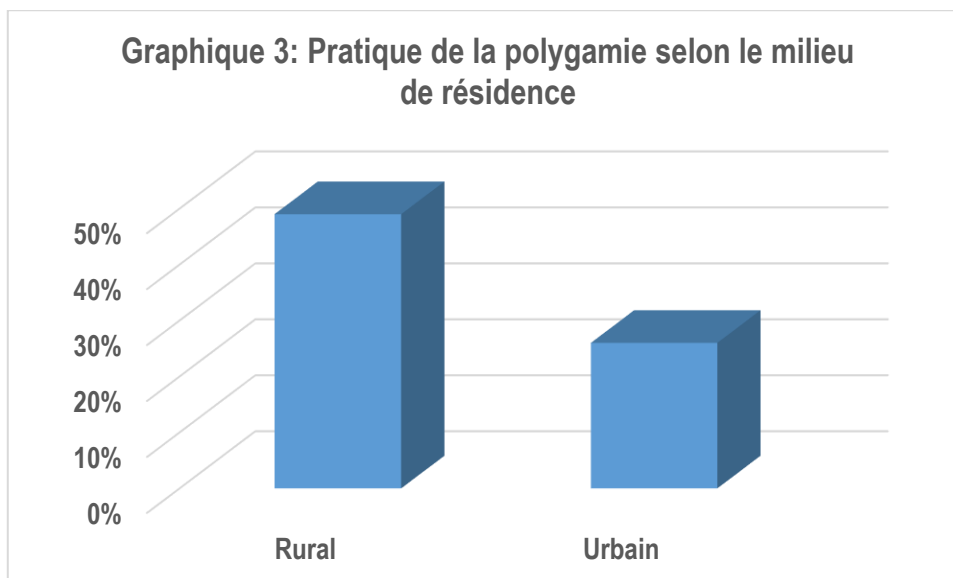
L'exposition aux médias augmente avec le niveau d'instruction. De 64 % parmi les femmes sans niveau d'instruction, le pourcentage de celles qui n'ont été exposées à aucun média passe à 55 % parmi celles ayant le niveau d'instruction primaire et à 31 % parmi les plus instruites.

¹¹ Enquête Démographique et de Santé (EDS V) 2018. Institut National de la Statistique Ministère du Plan et du Développement Economique Conakry, Guinée. The DHS Program, ICF Rockville, Maryland, USA 2019



3.4.1.2 Polygamie

En Guinée, le pourcentage de femmes ayant au moins une coépouse est plus élevé en milieu rural (49 %) que dans le milieu urbain (26 %). La pratique de la polygamie a tendance à diminuer avec le niveau d'instruction : C'est parmi celles qui n'ont aucun niveau d'instruction que le pourcentage de celles qui ont au moins une coépouse est le plus élevé (47 %). Chez les femmes ayant le niveau primaire, ce pourcentage est de 32 % et parmi celles ayant le niveau secondaire ou plus, il n'est plus que de 17 %.



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

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

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

Au niveau de l'Etat :

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

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

- PTF :

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

Les décisions prises sont faiblement appliquées et surtout les textes d'application ne sont pas disséminés à tous les niveaux. Les décisions sont dans la majorité des cas confrontées aux pesanteurs socio-culturelles et à la faible coordination des interventions.

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

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

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

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

En Guinée, il y a une culture de l'impunité et du favoritisme dans le traitement des dossiers par la justice moyennant un pot de vin. Le règlement à l'amiable sous versement de caution financière est également fréquent. On voit aussi l'abus sexuel relatif aux jeunes filles enquête d'emploi, l'abus sexuel relatif aux filles en situation de pauvreté, en situation d'urgence.

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

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

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

- Les ruptures fréquentes dans la mise en œuvre des programmes d'application des politiques de la santé reproductive à cause des convulsions sociopolitiques dans le pays ;
- Les croyances et pratiques religieuses et traditionnelles qui influencent négativement la vie des jeunes et des femmes en leur exposant à des décès évitables ;
- L'insuffisance dans l'application des textes de lois en vigueur et le faible taux de ressources mieux procéder l'application effectives à tous les niveaux ;
- L'insuffisance de communication sur les DSSR ;
- L'insuffisance de coordination des interventions ;
- Le problème de confiance entre les populations et les agents de santé ;
- Les limites dans l'accès à l'information ;
- Le règlement à l'amiable entre les familles des auteurs et des victimes ;
- La méconnaissance des lois par certaines victimes ;
- La corruption ;
- L'insuffisance dans le suivi des engagements ;
- La faible culture de redevabilité.

3.4.5. Violence basée sur le genre

Selon L'enquête nationale sur les violences basées sur le genre en guinée¹², la violence basée sur le genre recouvre un certain nombre de concepts qu'il est indispensable de définir pour comprendre de quoi il s'agit. Ces concepts sont définis ci-après. Ces définitions sont pour la plupart tirées du document intitulé « Violences basées sur le genre, un manuel à l'attention des journalistes », publié en 2009 par Inter Press Service.

(1) Sexe

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

(2) Genre

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

(3) Violence

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

(4) Violence basée sur le genre

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

¹² Enquête nationale sur les violences basées sur le genre en guinée. Rapport final. Mars 2017.

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

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

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

- Les services de sécurité, notamment les Officiers de Police judiciaire. Le Ministère de la Sécurité a créé, en décembre 2009, l'Office de Protection du Genre, de l'Enfance et des Mœurs (OPROGEM) pour remplacer la Division de la Police mondaine. Pour le rendre plus opérationnel et plus autonome, notamment en matière budgétaire, l'OPROGEM a été érigé en «Etablissement public à caractère administratif, technique et social» par le Décret 069 du 30 avril 2015.
- La Gendarmerie est compétente pour poser des actes de police judiciaire. Elle est régulièrement saisie des cas de VBG qu'elle traite. Mais contrairement à la Police qui dispose d'un service où toutes les données relatives aux VBG sont centralisées grâce aux téléphones portables offerts par la Délégation de l'Union européenne en Guinée, la Gendarmerie ne dispose pas encore d'une structure bien organisée pour la lutte contre les VBG. Elle ne dispose, pour le moment, qu'une structure appelée « Division de protection des enfants et du genre» à la Direction des Investigations judiciaires (DIJ), communément appelée «PM3».

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

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

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

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

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

Le code pénal : Arsenal de répression des comportements antisociaux, prévoit et punit toutes les atteintes faites aux droits et libertés des femmes. Cela s'appréhende notamment à travers les infractions comme les coups et blessures volontaires, l'assassinat, le meurtre, l'empoisonnement, l'attentat à la pudeur, le viol, l'enlèvement, la séquestration, le proxénétisme, l'excitation à la débauche, les menaces, la dénonciation calomnieuse, les injures et diffamations, l'abandon de famille, l'ablation ou la mutilation des organes génitaux de la femme, etc. Il faut cependant noter que certaines infractions très fréquentes ne sont pas encore réprimées par le code pénal guinéen, ce sont : le harcèlement sexuel, l'inceste et la bigamie

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

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

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

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

Malgré cette réforme qui constitue une réelle avancée, la lutte contre les VBG se heurte encore à de nombreux obstacles : recours sanitaire des victimes très limité, soins offerts par les structures de santé onéreux, insuffisance dans la prise en charge psychosociale, faiblesse de la sanction prévue pour certains types de VBG comme les mutilations génitales féminines (le nouveau Code pénal guinéen opère une nette différenciation des sanctions infligées aux auteurs des ablations des organes génitaux selon que la victime soit de sexe masculin ou féminin), possibilité d'assurer l'impunité légale aux auteurs de violences conjugales (le nouveau Code pénal de Guinée prévoit que « l'époux victime peut arrêter les poursuites ou l'effet de la condamnation en accordant son pardon lorsque les violences ont occasionné une incapacité temporaire de travail de moins de 20 jours»), le poids de la coutume et les pesanteurs socioculturelles, l'insuffisance dans l'application de la loi (des nombres importants de jeunes filles sont excisées tout au long de l'année, donnant lieu à des cérémonies publiques, sans aucune réaction des Officiers et agents de police judiciaire, une recrudescence des cas de viols chez les mineures est enregistrée au cours des derniers six mois avant l'étude).

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

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

Selon l'EDS 2018, en Guinée, 95 % des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir été excisées. Environ deux filles de 0-14 ans (39 %) ont déjà été excisées.

Globalement 67 % des femmes pensent qu'il est justifié qu'un homme batte sa femme. Une femme sur deux (48 %) pense qu'il est justifié qu'un homme batte sa femme si elle refuse d'avoir les rapports sexuels avec lui ou, quand elle argumente avec lui (49 %) ; 54 % justifient ce comportement quand la femme sort sans le dire à son conjoint et 52 % quand elle néglige les enfants

Le pourcentage d'hommes qui pensent qu'il est justifié qu'un homme batte sa femme est plus faible que celui observé chez les femmes (55 % contre 67 %). Le recours à la violence conjugale chez les hommes se justifie d'avantage quand la femme néglige les enfants (43 %) que quand elle brûle la nourriture (17 %).

Entre 2012 et 2018, le pourcentage de femmes qui pensent que qu'il est justifié qu'un homme batte sa femme a nettement diminué, passant de 92 % à 67 %. Chez les hommes, ce pourcentage est passé de 66 % à 55 %.

Avec l'a pandémie COVID 19, il y a eu aggravation des VBG, avec des multiples cas de viol de fois suivis de meurtres.

Toutefois, ces dernières années il y a des nouvelles actions de lutte contre les VBG :

- La mise en place des commissions et des plateformes d'alerte pour dénoncer les VBG de la base communautaire jusqu'au niveau de l'administration judiciaires ;
- L'Etat et les OSC prennent des dispositions pour lutter contre les VBG ;
- Des projets de lutte contre les VBG et les mutilations génitales féminines sont initiés au niveau du département en charge des femmes et des personnes vulnérables ;
- Des slogans comme "la honte doit changer de camps" encouragent les femmes et les filles à dénoncer leurs "bourreaux" ;
- Certains auteurs de ces actes odieux sont traduits devant les tribunaux ;
- L'implication des religieux dans les actions de lutte ou encore la création au sein de la Gendarmerie Nationale d'une « Brigade Spéciale de Protection des Personnes Vulnérables » ;
- Le projet sur l'autonomisation des jeunes filles et femmes (SWEDD) a dans ses objectifs la mise en œuvre des actions de lutte contre les VBG dans notre pays ;
- La création des applications d'informations et de dénonciation, la mise en place de la coordination nationale de lutte contre les VBG, le renforcement des capacités des agents de protection quoique insuffisants ;
- La sensibilisation et information des élèves et des étudiants sur les VBG ;
- La redynamisation des services de l'Office National de Protection du Genre, des Enfants et des Mœurs (OPROGEM) ;
- La mise en place d'une brigade spécialisée de protection des personnes vulnérables ;
- La redynamisation et équipement des cellules de prise en charge de VBG.

4. Conclusion

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

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

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

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

- La réticence des leaders religieux (mauvaise interprétation du coran et de la bible) ;
- La faible connaissance des textes de lois par la population ;
- La mauvaise interprétation et faible application des textes de lois ;
- La faible couverture des programmes et projets ;
- La faible disponibilité des ressources financières ;
- La mauvaise perception de certains leaders communautaires ;
- La réticence des leaders religieux (mauvaise interprétation du coran et de la bible) ;
- L'analphabétisme des femmes ;
- Les barrières sociales ;
- Le manque d'informations pour les bénéficiaires ;
- L'insuffisance de l'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ;
- L'insuffisance de textes pour la SSRAJ ;
- Le non-respect des engagements en faveur des DSSR.

4.3. Recommandations

Nous formulons les recommandations suivantes :

- Pour la formulation des politiques et stratégies en rapport avec les DSSR :
 - ✓ Vulgariser et appliquer les textes de loi et réglementaires ;
 - ✓ Appliquer et de faire appliquer les lois déjà existantes en matière de DSSR et légiférer là où il existe des vides juridiques ;
 - ✓ Adapter les infrastructures et équipements et ressortir les aspects liés à l'offre des soins en faveur des personnes à mobilités réduites ;
 - ✓ Faire de plaidoyer pour la révision de la loi L10 relative à la santé de la reproduction. ;
 - ✓ Informer et sensibiliser les partis politiques, les membres de l'Assemblée nationale et les responsables locaux sur les DSSR.
- Pour la conception de projets ou de programmes DSSR :
 - ✓ Elaborer un programme multisectoriel de DSSR ;
 - ✓ Mobiliser les ressources pour soutenir la mise en œuvre des programmes et projets ;
 - ✓ Promouvoir la santé sexuelle et reproductive dans les localités éloignées ;
 - ✓ Organiser des plaidoyers à l'intention des leaders politiques, religieux ;
 - ✓ Renforcer la gouvernance en milieu médical.
- Pour informer le dialogue et l'engagement avec les partenaires DSSR :

- ✓ Vulgariser les documents de politique sectorielle ;
 - ✓ Rendre accessible l'information à tous sur l'avantage de la santé sexuelle et de reproduction ;
 - ✓ Informer et sensibiliser les femmes, les hommes, les adolescents, le personnel de santé, le personnel enseignant, et les leaders d'opinion (chefs de quartier et de village, chef religieux, hommes et femmes influents du milieu, responsables de partis politiques, etc.), les OSC sur les DSSR ;
 - ✓ Impliquer davantage les organisations religieuses dans les activités de DSSR ;
 - ✓ Former les leaders communautaires (religieux et communicateurs traditionnels), les médias, les associations de jeunes au changement social et comportemental dans le cadre de la santé sexuelle et reproductives ;
 - ✓ Mettre en place un mécanisme de dialogue intergénérationnel autour de la question et intensifier les sensibilisations pour briser le tabou autour du sujet ;
 - ✓ Associer davantage les responsables de la santé à la base dans le choix et l'identification des priorités sur la thématique ;
 - ✓ Choisir judicieusement des canaux de communication adaptés aux cibles (surtout pour les populations rurales et analphabètes)
 - ✓ Encourager les communautés à faire prévaloir leurs droits à la santé et à fréquenter les centres et postes de santé ;
 - ✓ Renforcer les actions de plaidoyer auprès des services politico-administratives pour le respect des engagements relatifs au DSSR dans notre pays.
- Pour la prestation des services DSSR :
 - ✓ Mettre en place un mécanisme intégré de coordination et de suivi/évaluation ;
 - ✓ Mettre en place un mécanisme de coordination ;
 - ✓ Rendre accessible les tests de dépistage à tous ;
 - ✓ Promouvoir la recherche-action par rapport à la promotion de la santé sexuelle et reproductive y compris les violences basées sur le genre ;
 - ✓ Promouvoir l'intégration du VIH et la santé sexuelle et reproductive ;
 - ✓ Renforcer la capacité des organisations de la société civile et les acteurs de terrain dans l'organisation des plaidoyers et dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive y compris la lutte contre toute forme de violence basée sur le genre ;
 - ✓ Renforcer la coordination des actions des différents départements étatiques intervenant dans le domaine des DSSR ;
 - ✓ Renforcer la formation des agents communautaires en DSSR ;
 - ✓ Appuyer la mise place des espaces de santé pour jeunes ;
 - ✓ Recruter et former un personnel qualifié pour les postes et centres de santé ;
 - ✓ Outiller les agents du secteur DSSR ;
 - ✓ Construire des centres et postes de santé dans toutes les collectivités ;
 - ✓ Rendre effective la gratuité des services de DSSR.

Annexe 1 : Structures consultées

N°	Prénoms et Nom	Structure	Fonction	Adresses de contact (Téléphones et emails)
1	Dr Hadja Bintou BAMB	Coalition nationale des OSC de Guinée, ASFEGMASSI	Présidente	drhadjabintoubamba@gmail.com (+224) 628 217 560
2	Dr Mamadi Kankou CAMARA	Santé des Ado Jeunes, Direction Nationale de la Santé Familiale et Nutrition	Chef Section	kassakankou@yahoo.fr (+224) 622 555 778
3	Kamissoko BAMB	Lutte contre les violences sexuelles	Chef Division	bkamissoko70@gmail.com (+224) 622 229 236
4	Mr Sékou KOUROUMA	Conseil National de la Transition (CNT)	Membre de Groupe parlementaire Santé	kouroumadoc@yahoo.fr (+224) 622 400 972
5	Ibrahima Kalil KOUROUMA	Direction nationale de la Jeunesse et des Activités Socio-Educative	Directeur National	konatekankou05@gmail.com (+224) 622 230 049
6	Mariama BARRY	Chef Division des Activités Socio-éducatives des Jeunes	Cadre	barrymaria74@yahoo.fr (+224) 628 616 261
7	Isaac Charia MANO	Direction Nationale de la Jeunesse et des Sports	Chargé Suivi Evaluation	manoisaac2016@gmail.com (+224) 625 624 736
8	Dr Siba KOMARA	Ministère de l'Enseignement pré-universitaire et de l'Alphabétisation		Komaramara2@gmail.com (+224) 621 019 692
9	Mr Fassouma SANOH	AGBEF et Coalition nationale des OSC de Guinée	Directeur Exécutif de l'AGBEF et Vice-président Coalition des OSC de Guinée	sanohfassouma@gmail.com (+224) 620 514 204
10	Dr Alphonse Vohou SAKOUVOGUI	CERCO (Cabinet d'Etudes, de Recherche et de Conseil)	Promoteur	vsakou2013@gmail.com (+224) 621 251 115
11	Dr Pernamou TRAORE	AGBEF	Chargé Suivi et Evaluation	traorepernamou@gmail.com (+224) 626 935 997
12	Mr Aly CAMARA	Projet LAD – AGBEF	Coordinateur	camaraaly023@gmail.com (+224) 628 692 796

13	Mr Abou Maimouna DIALLO	Réseau des Jeunes Ambassadeurs pour la SR/PF	Président	aboumaimounadiallo@gmail.com (+224) 628 039 291
14	Mme Hadja Mariam SOW	Groupe Religieux pour la Santé, le Développement et la Paix	Présidente	Nouci39@yahoo.fr (+224) 626 060 520
15	Mr Mohamed Fodé SACKO	Association des Elèves et Etudiants Musulmans de Guinée (AEEMG)	Président	medbe01@gmail.com (+224) 621 335 888
16	Mme Kadiatou KONATE	Club des Jeunes Filles Leaders de Guinée	Président	kadiatoukonate94@gmail.com (+224) 628 04 17 98
17		Organisation de Secours aux Handicapés de Guinée (OSH-Guinée)		Oshg2017@gmail.com (+224) 627 279 660
18	AJAVON	UNFPA en Guinée	Assistante de la Représentante Résident	ajavon@unfpa.org
19	Mme Fanta WAGUE	UNFPA	Chargée de programme	wague@unfpa.org (+224) 622 404 604
20	Mme Kadiatou BALDE	Unicef Guinée	Spécialiste VIH	kbell@unicef.org (+224) 622 044 684
21	Mr Maurice SANDOUNO	ENABEL		sandouno@gmail.com (+224) 622 516 688
22	Kouamé Jean KONAN	OMS Guinée	Coordinateur Systèmes et Services de Santé	konank@who.int (+224) 629 293 989
23	Mme NIARE	OMS en Guinée	Assistante du Représentant Résident	niaref@who.int (+22 4) 622 350 045
24	Pr Yolande HYJAZI	MCHIP/Jhpiego		yolande.hyjazi@jhpiego.org (+224) 664 233 661
25	Mme Finda IFFONO	Plan International Guinée (PIG)	Chargée des Programmes	Zalika.aliabdoulaye@plan-international.org ; finda.iffono@plan-international.org (+224) 621 706 770

Annexe 2 : Structures de la Task Force

N°	Prénoms et Nom	Structure	Fonction	Adresses de contact (Téléphones et emails)
1	Mr Mamady KEIRA	Coalition nationale des OSC/SR/PF de Guinée, ASFEGMASSI	Secrétaire Général	keiramamady@yahoo.fr (+224) 622 414 607
2	Dr Mamadi Kankou CAMARA	Direction Nationale de la Santé Familiale et Nutrition (Section de la santé des Ado-Jeunes)	Chef Section de la santé des Ado-Jeunes	kassakankou@yahoo.fr (+224) 622 555 778
3	Mr Michel NIEBA	Direction Nationale Promotion Féminine et Genre	Assistant Point Focal MGF (Représentant)	Niebamichel31@gmail.com (+224) 622 292 373
4	Mr Sékou KOUROUMA	Conseil National de la Transition (CNT) (Groupe parlementaire Santé)	Président, Membre	kouroumadoc@yahoo.fr (+224) 622 400 972
5	Mr Mamadou Tahirou BARRY	Direction Nationale de la Jeunesse et des Activités Socio-Educative	Chargé d'Etudes (Représentant)	(+224) 628 516 287
6	Dr. Alpha BARRY	Ministère de l'Enseignement pré-universitaire et de l'Alphabétisation (Santé Scolaire et Universitaire)	Responsable Santé Scolaire et Universitaire	alphadio206@hotmail.com (+224)622 008 069
7	Mr Fassouma SANOH	Association Guinéenne pour le Bien Etre Familiale(AGBEF)	Directeur Exécutif de l'AGBEF et Vice-président Coalition des	sanohfassouma@gmail.com (+224) 620 514 204

		Coalition des OSC/SR/PF de Guinée	OSC de Guinée	
8	Mr Eugène LAMAH	CERCO (Cabinet d'Etudes, de Recherche et de Conseil)	Promoteur (Représentant)	lamaheugen57@gmail.com (+224) 625 584 524
9	Mme Hadja Mariama SOW	Groupe Religieux pour la Santé, le Développement et la Paix	Présidente du Groupe	Nouci39@yahoo.fr (+224) 626 060 520
10	Mme Kadiatou KONATE	Club des Jeunes Filles Leaders de Guinée	Présidente du Club	kadiatoukonate94@gmail.com (+224) 628 04 17 98
11	Mr Maurice SANDOUNO	ENABEL	Expert Sectoriel	maurice.sandouno@enabel.be (+224) 622 516 688
12	Mr François Moriba DOPAVOGUI	Fédération Guinéenne pour la Promotion des Associations des personnes Handicapées (FEGUIPAH)	Président FEGUIPAH,	feguipah@yahoo.fr (+224) 628 382 513

Y a-t-elles des nouvelles actions de lutte contre les VBG dans votre pays ?	Oui __/ Non __/ Veuillez justifier votre réponse :
5. Décisions et leur mise en œuvre dans le secteur DSSR	
Quels sont les nouveaux acteurs impliqués dans la prise des décisions du secteur DSSR dans votre pays ?	Acteur 1 : Acteur 2 : Acteur 3 : Acteur 4 : Acteur 5 :
Les décisions sont-elles effectivement mises en œuvre ?	Oui __/ Non __/ Veuillez justifier votre réponse :
Quelles sont les difficultés dans la mise en œuvre des décisions en matière de DSSR dans votre pays ?	Difficulté 1 : Difficulté 2 : Difficulté 3 : Difficulté 4 : Difficulté 5 :
6. Perceptions générales sur le secteur	
Quels sont les améliorations constatées, depuis 2018, en matière de DSSR dans votre pays ?	Amélioration 1 : Amélioration 2 : Amélioration 3 : Amélioration 4 : Amélioration 5 :
Les résistances ont-elles diminué depuis 2018 en matière de DSSR dans votre pays ?	Oui __/ Non __/ Veuillez justifier votre réponse :
Quels sont les plus grands défis du secteur DSSR dans votre pays ?	Défi 1 : Défi 2 : Défi 3 :

	<p>Défi 4 :</p> <p>Défi 5 :</p>
<p>Quelles sont les nouvelles idéologies/valeurs contraignant le changement en matière de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Idéologie/valeur 1 :</p> <p>Idéologie/valeur 2 :</p> <p>Idéologie/valeur 3 :</p> <p>Idéologie/valeur 4 :</p> <p>Idéologie/valeur 5 :</p>
<p>Quels sont les moteurs émergents du changement en matière de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Moteur émergent 1 :</p> <p>Moteur émergent 2 :</p> <p>Moteur émergent 3 :</p> <p>Moteur émergent 4 :</p> <p>Moteur émergent 5 :</p>
<p>Quelle est l'influence des groupes suivants à la politique en matière de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Secteur privé :</p> <p>ONG/Société civile :</p> <p>Consommateurs :</p> <p>Médias :</p> <p>Leaders communautaires/religieux :</p> <p>Organisations de jeunes :</p> <p>Organisations de femmes :</p>
<p>De 2018 à nos jours, existe-t-il des nouveaux groupes sociaux, régionaux ou ethniques particuliers moins favorisés en matière de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Oui __/ Non __/</p> <p>Veillez justifier votre réponse :</p>
<p>Quels sont les principaux goulets d'étranglement du secteur DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Goulet d'étranglement 1 :</p> <p>Goulet d'étranglement 2 :</p> <p>Goulet d'étranglement 3 :</p>

	Goulet d'étranglement 4 : Goulet d'étranglement 5 :
De 2018 à nos jours, la corruption s'est-elle aggravée en matière de DSSR dans votre pays ?	Oui ___/ Non ___/ Veuillez justifier votre réponse :
7. Recommandations	
<p>Veuillez formuler cinq recommandations pour améliorer le secteur DSSR dans votre pays, en tenant compte des changements lors des quatre dernières années.</p>	<p>Recommandation 1 :</p> <p>Recommandation 2 :</p> <p>Recommandation 3 :</p> <p>Recommandation 4 :</p> <p>Recommandation 5 :</p>

Annexe 4 : Termes de référence

1- NOTE TECHNIQUE DE LA SUBVENTION PARTENARIAT AMPLIFYCHANGE

1.1 CONTEXTE

Fort de la réussite de la mise en œuvre de la Subvention Stratégique BR5S-UVKV-T8, le Consortium constitué de Conseils et Appui pour l'Education à la Base (**CAEB**), de la Coalition Régionale des Organisations de la Société Civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale (**COSC/PF**) pour l'Afrique de l'Ouest Francophone et d'Ebenezer International (**EI**) a postulé avec succès le 20 juillet 2020 pour la deuxième phase de ladite subvention, sous le numéro E4HQ-2W3R-TV. Les expériences réussies avec AmplifyChange ont encouragé CAEB et Ebenezer International à postuler en Consortium au premier appel d'AmplifyChange pour la Subvention Partenariat, sous le numéro REQG-8JEY-HF. Le Consortium a reçu une notification d'attribution de ce financement à la date du 13 décembre 2021. Le montant total du budget est de 1 500 000 GBP, soit 1 155 375 000 F CFA et pour une durée de 3 ans, allant du 1^{er} juin 2022 au 31 Mai 2025, avec **CAEB** comme lead.

Cette subvention donne l'opportunité aux organisations membres dudit consortium d'assurer l'octroi de subventions à de plus petites OSC pour promouvoir des initiatives de DSSR menées localement et faciliter le renforcement de leurs capacités institutionnelles et managériales. En outre, elle permettra d'assurer le renforcement des capacités des petites OSC en matière de mobilisation des ressources et de mise en réseau des OSC, de communication sur les résultats programmatiques et leurs impacts, la promotion des connaissances pour l'appui au plaidoyer auprès des OSC bénéficiaires dans les 4 pays retenus en Afrique de l'Ouest francophone (Mali, Guinée, Niger, Sénégal).

Le consortium collaborera avec les coalitions de la société civile, les partenaires techniques et financiers pertinents et les autorités gouvernementales dans les pays d'intervention de la subvention pour créer une synergie des efforts nationaux et régionaux de plaidoyer et de lobbying des petites OSC en faveur des DSSR.

1.2 DEFIS LIES A LA PARTICIPATION EFFECTIVE DES PETITES OSC A LA CONCEPTION ET AU PILOTAGE DES PROJETS DSSR

CAEB et Ebenezer International ont travaillé en consortium avec les 9 pays du Partenariat de Ouagadougou dans le cadre de précédentes subventions Stratégiques d'AmplifyChange (Mali, Guinée, Burkina Faso, Niger, Côte d'Ivoire, Togo, Benin, Mauritanie, Sénégal). Ces pays ont réalisé beaucoup de progrès pour améliorer les prestations de services et la fourniture de produits DSSR aux couches vulnérables. Ils ont aussi produit les « Plans d'action nationaux budgétisés pour la planification familiale » (PANB/PF) avec des composantes de plaidoyer importantes pour les OSC à tous les niveaux.

Ce projet fournira aux petites OSC des ressources pour mettre en œuvre des priorités nationales de plaidoyer alignées sur le PANB/PF au Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal. Il contribuera à lever les défis spécifiques auxquels les petites OSC sont confrontées dans la poursuite de leurs efforts de promotion et de plaidoyer en faveur des DSSS, à savoir :

1. La difficulté d'accès aux financements à court et à moyen termes pour les petites OSC ;
2. Les défis liés à la constitution des consortiums incluant de petites OPH et OSC pour réaliser des projets DSSR ;
3. La portée des projets DSSR essentiellement limitée aux zones urbaines, les zones rurales bénéficiant de peu d'attention et de moyens limités ;
4. L'insuffisance ou le manque de données sur les DSSR dans les communautés ;
5. L'accès très limité aux ressources par les petites OPH pour le plaidoyer en faveur des DSSR et la mobilisation communautaire ;

6. La faible capacité institutionnelle et organisationnelle des petites OSC ;
7. L'impact négatif du COVID 19 sur les ressources et les activités des OSC travaillant sur les DSSR ;
8. Le besoin crucial de l'assistance technique pour renforcer les capacités des agents étatiques et des communautés à promouvoir les DSSR au niveau infranational (préfectoral et communal).

1.3 Objectif de la Subvention Partenariat

L'objectif de cette subvention est triple :

- 1) assurer l'octroi de subventions aux petites OSC soutenant des initiatives pour le plaidoyer local en matière de DSSR ;
- 2) fournir des connaissances et faciliter les initiatives conjointes de plaidoyer des petites OSC ;
- 3) faciliter le renforcement des capacités organisationnelles et le soutien aux petites OSC en termes de capacités institutionnelles, de gestion, de mobilisation de ressources et de mise en réseau.

1.4 Résultats attendus de la Subvention Partenariat

Le projet est conçu pour renforcer les initiatives de plaidoyer des petites OSC aux niveaux national et infranational, avec comme principaux résultats :

- un accès accru et plus facile des petites OSC aux financements DSSR ;
- une meilleure allocation des ressources DSSR au niveau national et infranational;
- une planification rigoureuse du plaidoyer aux niveaux national et infranational;
- 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 petites OSC à plaider en faveur des DSSR ;
- l'engagement accru d'alliés potentiels dans l'ensemble des secteurs et des mouvements ;
- le renforcement de la collaboration entre les OSC aux niveaux national et sous-régional en Afrique de l'Ouest;
- 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 Zone géographique, région et pays d'intervention du Projet

Le projet est mis en œuvre dans quatre pays d'Afrique de l'Ouest en Afrique Subsaharienne, à savoir la Guinée, le Mali, le Niger, et le Sénégal.

1.6 Rôles et responsabilités au sein du Consortium

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

La gestion financière et comptable, le suivi, l'évaluation et le rapportage à AmplifyChange seront mis en œuvre par **Conseils et Appui pour l'Education à la Base (C.A.E.B.)**. Aussi, CAEB va assurer l'octroi de subventions à de plus petites OSC pour promouvoir des initiatives de DSSR menées localement et faciliter le renforcement des capacités institutionnelles et managériales dans les 4 pays retenus en Afrique de l'Ouest francophone (Mali, Guinée, Niger, Sénégal). 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.

Ebenezer International mènera les études et recherches pour la production et la diffusion d'une base de données factuelles en vue d'appuyer le plaidoyer, y compris la cartographie des principaux canaux de financement de la santé sexuelle et reproductive et les initiatives de plaidoyer financées par pays au

Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal. Aussi, elle facilitera la conception et le financement des initiatives de partage d'expérience, d'apprentissage et de mise en réseau des dirigeants des OSC. Enfin, **Ebenezer International** assurera le renforcement des capacités des petites OSC en matière de mobilisation des ressources et de mise en réseau des OSC bénéficiaires, de communication sur les résultats programmatiques et leurs impacts, la promotion des connaissances pour l'appui au plaidoyer auprès des OSC bénéficiaires dans les 4 pays retenus en Afrique de l'Ouest francophone (Mali, Guinée, Niger, Sénégal).

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

2.1 But et objectifs de l'Etude

But de l'étude

Le but de l'étude est de mettre à jour des études menées dans le cadre de nos précédentes subventions stratégiques AmplifyChange en vue d'aider les petites OSC à comprendre et à tirer parti de ces études pour un plaidoyer efficace dans leurs contextes respectifs. Aussi, une cartographie des principaux canaux de financement de la santé sexuelle et reproductive au Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal, permettra d'éclairer les termes de référence pour le recrutement des plus petites OSC bénéficiaires de la Subvention de Partenariat.

En effet, sans données et informations de base à jour, les petites OSC ne seront pas en mesure de formuler des initiatives de plaidoyer et des arguments pertinents qui puissent influencer les décisions, les politiques et les lois en matière de DSSR dans leurs contextes respectifs. Aussi, la méconnaissance des donateurs actuels et de leurs priorités en termes de thématiques liés aux DSSR peut conduire à la duplication des financements DSSR dans les pays d'intervention.

Les trois objectifs de l'étude sont :

- **Mise à jour de la base de preuves soutenant le plaidoyer dans le but de soutenir les efforts de plaidoyer des parties prenantes des DSSR.**

Il s'agira pour ce volet de l'étude, de réaliser les activités suivantes :

- Réviser et actualiser les données pertinentes de l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Mali, la Guinée et le Niger ;
- Réviser et actualiser les données pertinentes de l'analyse de l'indice du pays favorable aux DSSR pour six pays de l'Afrique Subsaharienne (Mali, Guinée, Burkina Faso, Niger, Malawi et Zimbabwe) en y incluant les données du Sénégal ;
- Réviser et actualiser les données pertinentes de l'analyse comparative ciblée de la littérature en lien avec les DSSR en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Burkina Faso, Niger) en y incluant les données du Sénégal ;
- Réaliser l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Sénégal.

- **Cartographie des principaux canaux de financement des DSSR au Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal.**

Ce volet de l'étude vise à identifier les thématiques prioritaires, les zones d'interventions, les principaux bénéficiaires, les enveloppes budgétaires et les périodes des interventions, de

même que les principaux critères d'allocation des bailleurs pertinents du secteur DSSR par pays.

- **Travailler en étroite collaboration avec les membres des Task-Forces mise en place dans les 4 pays dans le cadre des études citées ci-dessus, de même qu'avec la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International.**

Cette collaboration vise à identifier et à collaborer efficacement avec les parties prenantes clefs du secteur DSSR dans le processus de la Consultation et faciliter un atelier de validation des données des études pour une journée par pays qui sera animé par le Consultant en présentiel ou en session virtuelle.

2.2 Résultats attendus

- Les rapports des études révisées, actualisées ou réalisées avec 30 pages minimum et 50 pages maximum pour chaque rapport d'étude indiqué ci-dessous, sans compter les annexes, conformément aux normes de bonnes pratiques internationales et en conformité avec les exigences de la Proposition Technique du Projet :
 - Analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Mali ;
 - Analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour la Guinée ;
 - Analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Niger ;
 - Analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Sénégal ;
 - Analyse de l'indice du pays favorable aux DSSR pour sept pays de l'Afrique Subsaharienne (Mali, Guinée, Burkina Faso, Niger, Sénégal, Malawi et Zimbabwe) ;
 - Analyse comparative ciblée de la littérature en lien avec les DSSR en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Burkina Faso, Niger, Sénégal), selon le modèle de l'Afrique Australe ;
 - Cartographie des principaux canaux de financement des DSSR au Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal.
- Un rapport synthétique de 3 pages maximum présentant le déroulement de l'étude.

2.3 Activités à réaliser

- Faciliter la mise en place et l'animation de la Task-Force associée à l'étude au Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal ;
- Réunir, analyser et faire la synthèse de la documentation pertinente sur les DSSR pour les besoins de l'étude ;
- Concevoir les formulaires appropriés pour les études et les faire valider par Ebenezer International, sur la base de la Proposition Technique du Projet, recueillir les informations pertinentes auprès des parties prenantes des DSSR et procéder à leur analyse et synthèse ;
- Proposer et faire valider un canevas de rédaction des rapports finaux par la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International au moins 45 jours avant leurs soumissions, sur la base de la Proposition Technique du Projet ;
- Rédiger en français le rapport final de chaque étude, de même que le rapport synthétique du déroulement de l'étude à soumettre à la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International ;
- Réaliser les différentes phases de l'étude dans les délais requis, tout en assurant une qualité supérieure des livrables.

2.4 Profil recherché

Le/la consultant(e) doit répondre aux critères ci-dessous :

- Avoir un Master 2 ou équivalent en politiques publiques, santé publique, sciences politiques ou autre domaine connexe ;
- Démontrer une grande expertise des conventions et protocoles internationales, de même que les lois, politiques stratégies internationales, régionales, sous régionales et nationales en lien avec les DSSR ;
- Avoir une expérience pertinente et démontrable dans le domaine du plaidoyer et / ou du renforcement des politiques publiques et du cadre législatif ;
- Avoir une expérience démontrable dans la pratique des DSSR et en lien avec les réformes en la matière ;
- Avoir une expérience significative dans l'utilisation de méthodologies objectives, scientifiquement et juridiquement acceptables, pour la conduite d'études aux niveaux international, régional ou sous régional ;
- Avoir au moins 10 ans d'expérience professionnelle dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive ;
- Avoir un réseau professionnel établi dans le secteur des DSSR autant au niveau national et local que régional en Afrique de l'Ouest ;
- Être parfaitement francophone (écrire et parler correctement le français) ;
- 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 ;
- Faire preuve de diplomatie et de discrétion de manière appropriée et prouver sa capacité 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.

2.5 Durée de la consultation

Quatre-vingt-dix (90) jours de travail entre le 15 Juillet 2022 et le 30 Octobre 2022 seront nécessaires pour cette consultation et qui pourrait être répartis ainsi :

- **Première phase : démarrage de la consultation** - 5 jours de travail pendant lesquels le consultant aura à prendre connaissance du projet et de ses parties prenantes. Le consultant suggéra une liste de 10 personnes par pays qui sera approuvée par Ebenezer International pour constituer la Task-Force. Il établira une relation de travail cordiale avec les membres des Task-Force mis en place dans les pays (Mali, Guinée, Niger, Sénégal) dans le cadre de l'étude.
- **Deuxième phase : collecte et analyse des données** - 40 jours de travail pendant lesquels le consultant procédera à la recherche documentaire, aux échanges avec les parties prenantes pertinentes, à la collecte des données et à l'analyse des rapports d'études mentionnées ci-dessus.
- **Troisième phase : Production des drafts des rapports** - 30 jours de travail pendant lesquels le consultant produira et partagera le premier draft des rapports avec les membres des Task-Force mis en place dans les pays (Mali, Guinée, Niger, Sénégal) dans le cadre des études antérieures pour feedbacks au moins 10 jours avant la soumission des rapports finaux.
- **Quatrième phase : Production et soumission des rapports finaux** - 15 jours de travail pendant lesquels le consultant produira les rapports finaux intégrant les feed-back des Task-Forces de chaque pays qu'il soumettra à la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International au plus tard le Lundi 31 Octobre 2022 à 16 heures GMT pour validation définitive.

2.6 Rémunération : à négocier à la signature du contrat.

Le paiement de livrables sera effectué selon les termes indiqués dans le contrat de mission et, après réception et validation des produits 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 :

- konivogui@ebenezerinternational.org
- edembele@ebenezerinternational.org

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.

Annexe 5 : Bibliographie

Conventions et textes internationaux :

1. Les objectifs mondiaux (ODD) à atteindre d'ici 2030. Organisation des Nations Unies 2015.
2. La Charte des Nations Unies signée à San Francisco. Organisation des Nations Unies 1945.
3. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de l'Assemblée Générale des Nations Unies. Organisation des Nations Unies 1948.
4. Plan d'action du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-SWAP). Organisation des Nations Unies 2014
5. La Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (CIDE). Organisation des Nations Unies 1989
6. Convention pour l'Elimination des Discriminations Envers les Femmes (CEDEF). Organisation des Nations Unies 1981.
7. Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples. Organisation de l'unité africaine 1986
8. Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, dit « Protocole de Maputo ». Commission de l'Union africaine 2005

Lois, programmes, plans nationaux :

1. Politique Nationale Genre. Ministère d'Etat des Affaires Sociales, de la Promotion. Féminine et de l'Enfance.2017
2. Loi L/2000/010/AN, Adoptant et Promulguant la Loi Portant Santé de la Reproduction ; Gouvernement. de la Guinée ; 2000.
3. Plan Stratégique National de la Santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes (SRMNIA) 2016-2020. Ministère de la Santé ; 2016.
4. Plan stratégique national (PSN) pour l'accélération de l'abandon des mutilations génitales féminines /excision (MGF/E) 2012 – 2016. Ministère des affaires sociales, de la promotion féminine et de l'enfance ; 2012
5. Politique Nationale de Santé Communautaire. Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la médecine traditionnelle ; 2017
6. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024. Ministère de la Santé ; 2015.
7. Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2019-2023. Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN) 2018.
8. Stratégie nationale santé numérique 2021-2025. Ministère de ma santé publique 2020.
9. Plan Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile et Adolescente et de la Nutrition (SRMNIA-N) 2020-2024. Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition 2019.
10. Programme de santé de la reproduction et de la famille (PSRF). GIZ 2018.

Rapports:

1. What is political economy analysis? An introductory text for the ODI workshop on Political Economy Analysis.. Overseas Development Institute 2012.
2. Sarah Vilpert ; « 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.
3. Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. Fonds des Nations Unies pour la population, New York, UNFPA ; 2014.

4. Dr DABO Moustapha et KOUADIO Kapet Guillaume ; Evaluation rapide des liens établis entre le VIH et la santé sexuelle et de la reproduction en Guinée ; 2014.
5. Nouveau Code Pénal. Ministère de la Justice de Guinée. Février 2016
6. La délégation des tâches en matière de planification familiale au niveau communautaire dans les pays du partenariat d'Ouagadougou : expériences et leçons apprises pour une mise en œuvre effective. Population Council. ; 2016
7. Enquête Démographique et de Santé (EDS V) 2018. Institut National de la Statistique Ministère du Plan et du Développement Economique Conakry, Guinée. The DHS Program, ICF Rockville, Maryland, USA 2019
8. Enquête nationale sur les violences basées sur le genre en guinée. Rapport final. Ministère de l'Action sociale, de la Promotion féminine et de l'Enfance ; 2017.



Ebenezer International, Direction des Programmes Internationaux

Rue 605 /Porte 16 Baco-Djicoroni ACI. Près de l'Agence SOTELMA, non loin du fleuve Niger.

Bamako, Mali, Afrique de l'Ouest

Tel : (223) 93 51 04 55 / 73 23 45 02

Email : contact@ebenezerinternational.org

www.ebenezerinternational.org