

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
DE LA PROMOTION FEMININE ET DE
L'ENFANCE

SECRETARIAT PERMANENT
STRATEGIE DE REDUCTION
DE LA PAUVRETE EN GUINEE

ETUDE SUR LES
GROUPES MARGINAUX EN GUINEE

CABINET DIAN DIALLO

OCTOBRE 2002

Selon la loi Fondamentale de la République de Guinée

Articles 5, 8, 15 et 17.

*Les personnes âgées et handicapées bénéficient de la protection de la société.
La jeunesse doit être particulièrement protégée contre l'exploitation et l'abandon.*

*La personne et la dignité de l'homme sont sacrées. L'Etat a le devoir de les
respecter et de les protéger.*

*L'homme a le droit à la santé et au bien être physique. L'Etat a le devoir
de les promouvoir et de lutter contre les épidémies et les fléaux sociaux.*

*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 sa naissance,
de sa race, de son ethnie, de sa langue, de ses croyances et de ses
opinions politiques et religieuses.*

CITATION :

**«Personne ne doit être oubliée
dans le développement national »**

Général Lansana CONTE

Remerciements

Le cabinet adresse ses sincères remerciements à son Excellence M Cheick Amadou CAMRA, Ministre de l'Economie et des Finances et à El hadj Amadou SOW, Président du Comité chargé de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté et son équipe pour la disponibilité dont ils ont fait preuve durant la réalisation de cette étude, mais surtout pour la marque de confiance qu'il nous a gratifié en accordant à un cabinet guinéen la conduite de cette étude.

Le cabinet remercie les 25 enquêteurs, spécialistes du secteur social qui ont sillonné les quartiers des communes de la capitale, les villes, les villages et CRD des quatre régions naturelles du pays pour interroger les personnes marginales concernées dans des conditions parfois très difficiles.

Nos remerciements vont également aux cadres des administrations publiques, institutions internationales, organisations caritatives, personnes ressources qui ont bien voulu nous recevoir, se prêter à nos questions et nous livrer les données de base nécessaires à la réalisation d'une étude fiable.

Ce travail est le résultat d'efforts conjugués d'une équipe multidisciplinaire de consultants dirigée par Dr M Dian DIALLO, Economiste, Chef de mission, comprenant M. Abdourahmane BALDE, Géographe, Statisticien et Démographe, M. Kayoko DORE, Sociologue, M. Ousmane BANGOURA, Assistant de recherche et Mme Djamilatou DOUMBOUYA, Secrétaire Informaticienne.

L'équipe a bénéficié de l'appui et de l'expérience de M. Aboubacar K. KOULIBALY, Directeur Adjoint de la Promotion et de la Protection Sociale, ainsi que des précieux conseils et orientations de Madame Kanny DIAKITE, Directrice Nationale dudit service au Ministère en charge des Affaires Sociales.

Nos remerciements vont surtout au Gouvernement Guinéen tout entier, pour avoir initié une Stratégie de Réduction de la Pauvreté qui nous permet d'apporter, à travers cette étude, notre contribution intellectuelle à l'amélioration des conditions de vie des personnes marginales dans le pays.

Enfin, notre reconnaissance va à la Banque Africaine de Développement (BAD) qui a bien voulu financer l'étude à travers une subvention accordée au gouvernement de la République de Guinée.

Table de Matières

Avant Propos	2
Remerciements	3
Table de matières	4
Sigles et abréviations.....	6
Conclusions et recommandations.....	8
A- Introduction générale	22
1. Contexte	22
2. Données sociaux démographiques	24
3. Place des marginaux dans la Stratégie de Réduction de la Pauvreté.....	27
B- Les Handicapés	30
1. Contextes	31
2. Résumé des contraintes	41
3. Suggestions et recommandations	46
4. Plan d'actions	49
C- Les Personnes âgées	53
1. Contextes	54
2. Résumé des contraintes	63
3. Suggestions et recommandations	64
4. Plan d'actions	64
D- Les Toxicomanes	68
1. Contextes	69
2. Résumé des contraintes	74

3. Plan d'actions	75
E- Les Mendiants	77
1. Contextes	78
2. Résumé des contraintes	80
3. Plan d'actions.....	80
F- Les Sans domicile fixe	81
1. Contextes.....	82
2. Résumé des contraintes.....	84
3. Suggestions et recommandations	85
4. Plan d'actions	88
G- Résultats de l'enquête	91
1. Introduction	92
2. Analyse des résultats	93
3. Rapports régionaux	95
H. Liste des organisations caritatives	121
I. Annexes	126
1. Approche méthodologique.....	
2. Méthodologie d'enquête sur le terrain	
3. Fiche d'enquête relative aux conditions de vie des groupes marginaux en Guinée.....	
4. Fiche d'enquête relative aux institutions caritatives	
5. Lettre d'introduction auprès des administrations publiques et des autorités	
6. Liste des institutions rencontrées	
7. Bibliographie	

Sigles et Abréviations

ADRA-Guinée	Association pour le Développement de la Riziculture en Afrique
AFD	Agence Française de Développement
AGAFH	Association Guinéenne pour l'Aide aux Femmes Handicapées
AGBEF	Association Guinéenne pour le Bien Etre Familial
AGFRI	Association Guinéenne pour la Formation et la Réinsertion Sociale
AGHAM	Association Guinéenne pour la Réinsertion des Handicapés Mentaux
AGP	Agence Guinéenne de Presse
AGPFD	Association Guinéenne pour la Promotion des Femmes Défavorisées
AGPFH	Association Guinéenne pour la Promotion des Femmes Handicapés
AGPH	Association Guinéenne des Personnes Handicapées
AGREH	Association Guinéenne pour la Réhabilitation des Enfants Handicapés
AGS	Association Guinéenne des Sourds
AGUIBHAD	Association Guinéenne pour le Bien Etre des Handicapés en Détresse
AGUIDHASE	Association Guinéenne des Handicapés Diplômés sans Emploi
AGUIPA	Association Guinéenne pour la Promotion des Aveugles
AGUIPES	Association Guinéenne pour la Promotion des Enfants Sourds
AGUIPHEN	Association Guinéenne pour l'Education et la Promotion des Enfants Handicapés
AID	Agence Internationale pour le Développement
AIPH	Année Internationale des Personnes Handicapées
AMA	Agence des Musulmans d'Afrique
APHAG	Association des Personnes Handicapées de la Préfecture de Guéckédou
ASCULHAP	Association Sportive et Culturelle des Handicapés Physiques de Guinée
BAD	Banque Africaine de Développement
BCPA	Bureau de Coordination des Politiques Agricoles
BCRG	Banque Centrale de la République de Guinée
BG	Basse Guinée
BIAG	Banque Internationale pour l'Afrique en Guinée
BID	Banque Islamique de Développement
BIG	Banque Islamique de Guinée
BIT	Bureau International du Travail
BM	Banque Mondiale
BND	Budget National de Développement
BNR	Bureau National du Recensement
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CHU	Centre Hospitalo Universitaire
CFP	Centre de Formation Professionnelle
CN	Centre Nimba pour la prise en charge et la scolarisation des enfants handicapés
CNO	Centre National de l'Orthopédie
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CRD	Communauté Rurale de Développement
CREF	Centres Régionaux de Réadaptation Fonctionnelle
DNPPS	Direction Nationale de la Promotion et de la Protection Sociale
DNS	Direction Nationale de la Statistique
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ENI	Ecole Normale des Instituteurs
EDS	Enquête de Démographie et de Santé
EIBCM	Enquête Intégrale Budget et Consommation des Ménages
EPT	Education Pour Tous
EQPT	Education de Qualité Pour Tous

EU	Etats-Unis
FAO	Fonds des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FED	Fonds Européen de Développement
FEGUIPAH	Fédération Guinéenne pour la Promotion des Associations pour les Personne Handicapés
FIDA	Fonds International pour le Développement Agricole
FMI	Fonds Monétaire International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour l'Avancement des Populations
GF	Guinée Forestière
GNF	Francs Guinéens
GTZ	Coopération Technique Allemande
HCR	Haut Commissariat aux Réfugiés
HI	Handicap International
HG	Haute Guinée
IDA	International Development Agency
IDH	Initiative de Développement Humain
MAEF	Ministère de l'Agriculture, des Eaux et Forêts
MASPFE	Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MEPU EC	Ministère de l'Enseignement Pré Universitaire et de l'Education Civique
METFP	Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle
MG	Moyenne Guinée
MID	Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation
MPC	Ministère du Plan et de la Coopération
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMC	Organisation Mondiale du Commerce
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONEMO	Office National de l'Emploi et de la Main d'œuvre
ONFPP	Office National de Formation et Perfectionnement Professionnel
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONQP	Fonds National de Qualification Professionnelle
ORTG	Office de Radio Télévision Guinéenne
PACV	Programme d'Appui aux Communautés Villageoises
PASE	Programme d'Appui au Secteur de l'Education
PEV/SSP/ME	Programme Elargi de Vaccination /Soins de Santé Primaire /Médicaments Essentiels
PIB	Produit Intérieur Brut
PME/PMI	Petite et Moyenne Entreprise / Petite et Moyenne Industrie
PNDH	Programme National de Développement Humain
PNIR	Programme National d'Investissements Routiers
PNUCID	Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RBC	Réadaptation à Base Communautaire
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SAG	Stratégie d'Assistance à la Guinée
SIDA	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UE	Union Européenne
UNESCO	Organisation des nations unis pour l'éducation la science et la culture
USAID	United States Agency for International Development
VOGUIPHA	Volontaires Guinéens pour la Promotion des Handicapés

Conclusions et recommandations

I- Introduction

L'étude sur les groupes marginaux est réalisée sous l'égide du Secrétariat Permanent chargé de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, en collaboration avec la Direction Nationale de la Protection et de la Promotion Sociale du Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, sur un financement du Gouvernement Hollandais / Banque Africaine de Développement (BAD), dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté en Guinée. Elle vise à donner une meilleure compréhension du phénomène de pauvreté au niveau des couches marginales de la population du pays que sont : les handicapés, les personnes âgées, les mendiants, les toxicomanes et les sans domicile fixe. Elle permet d'identifier les contraintes qui se posent aux différents groupes, de suggérer des solutions et de proposer des actions permettant d'atteindre les objectifs définis dans le cadre de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté.

L'étude a consisté en une analyse de données recueillies à travers une revue de la littérature existante, une enquête de terrain et des séries d'entretiens avec des personnes ressources, des institutions caritatives, des partenaires au développement et les services publics concernés.

L'enquête a été menée dans les quatre régions naturelles du pays et les cinq communes urbaines de la capitale. Au total sur un échantillon de 2 500 individus, 1956 personnes ont pu être interrogées. Parmi les quelles on dénombrait 1293 hommes, 501 femmes et 165 enfants. L'enquête s'est déroulée dans 17 préfectures, 33 CRD et 20 communes urbaines.

Les entretiens ont concerné une cinquantaine d'organisations caritatives œuvrant en faveur des personnes marginales, 11 institutions internationales s'intéressant à la question, 5 administrations publiques et 12 personnes ressources reconnues pour leurs actions envers les couches marginales. La revue littéraire est essentiellement constituée de documents collectés auprès des administrations publiques, des organisations internationales, des personnes ressources et des organisations caritatives.

Au prolongement de cette recherche à différents niveaux de l'analyse, s'est dégagée une série de constats et de recommandations dont la prise en compte devrait faciliter la recherche de solutions appropriées aux différents problèmes identifiés au niveau des groupes marginaux.

II- Contraintes et recommandations liées à la problématique des groupes marginaux.

1. Concernant les personnes handicapées

1.1. Contraintes et difficultés

La précarité de la situation des personnes handicapées en Guinée, comme dans la plupart des pays en développement, est liée en grande partie aux difficultés économiques que rencontrent ces pays dans la mise en œuvre de leur programme de développement économique et social.

En effet, face à des besoins émergeant de tous les secteurs d'activité avec des ressources limitées, les dirigeants guinéens, malgré leur bonne volonté et leurs compétences ne sont pas en mesure de répondre aux attentes de toutes les populations en même temps. Souvent, ce sont les plus faibles, les sans voix, les marginaux qui sont oubliés. C'est pourquoi, des mesures appropriées et des gardes fous devraient être mis en place pour éviter que cette situation ne perdure.

Dans le cas des personnes handicapés les causes de cette marginalisation se trouveraient à différents niveaux :

- a- Au niveau du gouvernement et notamment des structures publiques d'encadrement ; on note :**
- Une scolarisation nettement insuffisante des enfants handicapés à travers tout le pays et particulièrement ceux dits normaux issus de parents handicapés ;
 - Un manque perceptible de politique nationale d'assistance, d'emploi, de réadaptation et de réinsertion sociale des personnes handicapées ;
 - Une faiblesse des moyens matériels, financiers et humains à la disposition des structures d'encadrement, de gestion et de coordination en faveur des personnes handicapées ;
 - une insuffisance notoire d'infrastructures d'accueil et de structures de formation spécialisée pour jeunes et adultes handicapés ;
 - une absence du suivi évaluation et de contrôle des différentes organisations caritatives œuvrant en faveur des handicapés.
- b- Au niveau des institutions caritatives ; on note :**
- l'absence de concertation et le manque de synergie entre les différents intervenants sur le terrain ;
 - le manque de ressources au niveau de la plupart des ONG engagées dans l'assistance aux personnes handicapées.
- c- Au niveau des personnes handicapées elles mêmes ; on note :**
- un taux d'analphabétisme très élevé particulièrement chez les femmes et les jeunes filles handicapées ;
 - un manque de volonté et de confiance en soi nécessaire à l'auto promotion.

En effet, la majorité des personnes handicapées interrogées se complaisent dans la mendicité comme seul moyen de subsistance et demeurent sans aucune perspective de changement.

- d- Au niveau des communautés ; on note:**
- la persistance des préjugés et des considérations stéréotypées à l'encontre des personnes handicapées ;
 - l'indifférence des communautés, plus préoccupées à mettre en œuvre des projets productifs que de développer des actions de réhabilitation en faveur de ses membres les plus faibles. En effet, l'état de pauvreté général du pays et le manque d'intérêt des bailleurs de fonds dans le montage et le financement des projets pour personnes handicapées limitent les possibilités des communautés à s'intéresser à des actions d'assistance sociale ;
 - le manque de formation, d'information et d'éducation des familles pour une prise en charge correcte de leurs membres handicapés.

D'une manière générale, le manque de compétences, de synergie, de complémentarité et de professionnalisme dans la gestion des structures associatives ou coopératives en faveur des personnes handicapées, reste un problème entier. De même que la faiblesse des capacités de leadership et d'initiative des cadres responsables dans les structures de coordination de la promotion et la protection sociale. En effet, beaucoup de cadres ne disposent pas de la formation requise en administration sociale et humanitaire pour exercer convenablement leurs fonctions de conception, de planification, de gestion et de suivi des projets et programmes en faveur des personnes vulnérables.

1.2 Suggestions et recommandations

a- Au niveau du gouvernement :

Il serait opportun de prendre les mesures d'urgences suivantes :

- 1- assurer le perfectionnement des cadres chargés de la coordination des actions sociales et humanitaires au département des Affaires Sociales ;
- 2- élaborer un programme national cohérent de réadaptation et de réinsertion sociale des personnes handicapées qui associerait les communautés à la base, les ONG et la société civile ;
- 3- rédiger un document de politique d'assistance et d'emploi des personnes handicapées ;
- 4- assurer la prise en charge effective sur toute l'étendue du territoire national des enfants handicapés dans le programme Education Pour Tous initiative accélérée (Fast Track) parrainé par le G8 pour la fin de l'analphabétisme pour tous les enfants en 2015. Scolariser de force les enfants des mendians handicapés ;
- 5- renforcer les capacités humaines et institutionnelles des structures d'accueil spécialisées et des centres de formation des personnes handicapées ;
- 6- faciliter la conception, la planification, la mise en œuvre et le financement d'actions en faveur des personnes handicapées;
- 7- appuyer, renforcer et étendre les structures spécialisées d'accueil et centres spécialisés de formation des personnes handicapées ;
- 8- mettre en place un organe national de coordination intersectoriel et multidisciplinaire des actions en faveur des personnes handicapées ;
- 9- donner une place primordiale au dénombrement et à la localisation des groupes marginaux dans le prochain recensement général de la population ; s'assurer notamment d'une connaissance approfondie sur les enfants handicapés en vue de leur scolarisation universelle.

b- Au niveau des organisations caritatives

- Il s'agira de maintenir et de développer un réseau de partenariat entre les différents intervenants dans le secteur sous la supervision du département en charge des Affaires Sociales.

c- Au niveau des personnes handicapées elles-mêmes

Il s'agira :

- de mener des campagnes d'information, de communication et d'éducation des personnes handicapées sur leurs conditions, leurs droits et leurs devoirs ; sur ce qu'elles doivent à la société et de ce qu'elles doivent attendre de la société ;
- d'appuyer la mise en œuvre du plan d'action national de la Décennie Africaine en faveur des personnes handicapées ;
- de créer des centres d'alphabétisation fonctionnels pour les femmes et les filles handicapées ;
- d'appuyer la fédération guinéenne pour la promotion des associations des personnes handicapées (FEGUIPAH) afin de la rendre opérationnelle ;
- de mettre en place un fonds d'appui pour l'octroi de micro crédits pour le développement de micro projets en faveur des personnes handicapées ;
- de renforcer les capacités organisationnelles et de gestion des personnes handicapées regroupées en associations ou coopératives.

d- Au niveau des communautés

Il s'agira :

- d'informer et de former les communautés et les élus locaux sur la réinsertion et la prise en charge de leurs membres handicapés ;
- d'appuyer les mécanismes familiaux traditionnels de prise en charge de leurs membres handicapés ;
- d'impliquer les communautés dans la prise des décisions relatives à la réhabilitation et à l'insertion socio-communautaire de leurs citoyens handicapés.

2. Concernant les personnes âgées

2.1. Contraintes et difficultés des personnes âgées

Dans la société traditionnelle guinéenne, les personnes âgées représentaient sur le plan social la référence et l'autorité familiale. Les vieux étaient considérés comme les gardiens des valeurs ancestrales de la communauté. Les personnes âgées par conséquent avaient le respect et toute la considération nécessaires pour bien vivre sans difficultés leurs vieux jours.

Aujourd'hui, les vieux vivent dans des conditions assez difficiles caractérisées par des pensions insuffisantes pour leur propre prise en charge quand il s'agit de retraités ; un niveau très faible de ressources quand il s'agit de personnes assistées. Objectivement, les personnes âgées se divisent en trois groupes :

- les personnes âgées ayant une source de revenus (pension, commerce, élevage, agriculture, etc.) ; ce premier groupe ne sent pas le poids de la marginalisation parce qu'il continue d'assumer des responsabilités sociales au sein de la communauté et dispose de revenus pour vivre indépendant. Le constat est que la politique de décentralisation les a beaucoup aidé car c'est parmi eux, qu'on trouve en grand nombre, des élus locaux (président de CRD, maires, conseillers, etc.) et des membres de la société civile.

- les personnes âgées ayant un soutien financier et matériel. Ce deuxième groupe comprend les personnes âgées assistées par leurs familles et les proches. Elles jouissent d'une grande notoriété au sein de la société parce qu'apportant conseils et assistance morale à la communauté.

- le troisième groupe est celui des personnes sans ressources faisant partie des groupes marginaux. Leur marginalisation est principalement due à la pauvreté car elles ne bénéficient d'aucune forme d'assistance matérielle ou financière. Elles sont pour la plupart analphabètes malades, anémiées et incapable d'exercer un quelconque travail ou métier. A cause de leur dénuement, elles se livrent à la mendicité, celle-ci étant la seule solution de survie.

a- Au niveau des services publics ; On note :

- la faiblesse des capacités d'intervention de certains services en charge des personnes âgées qui se manifeste par la lenteur et l'irrégularité de la mise à disposition des pensions de retraite, de la faiblesse des montants des pensions, aussi bien en volume qu'en valeur ;
- l'exclusion d'une bonne partie des travailleurs, notamment du secteur privé des bénéficiaires de la protection sociale ;
- l'absence de structures d'accueil, de soins et de conseils pour les personnes du troisième âge. En effet les décideurs d'aujourd'hui se comportent comme si demain ils ne seront pas confrontés à cette réalité qu'est la vieillesse.

2.2 Suggestions et Recommandations :

A court terme il s'agira :

- 1- de renforcer les capacités d'intervention et les compétences professionnelles au niveau du département des Affaires Sociales pour une meilleure prise en charge des personnes du 3^{ème} âge.
- 2- d'élaborer une politique nationale de couverture sociale et de protection des personnes âgées, telle que spécifié à l'article 15 de la Loi Fondamentale.
- 3- d'élargir la base des bénéficiaires de pensions de retraite à travers la mise en place d'une politique de protection sociale, en étroite collaboration avec tous les acteurs concernés, assortie d'un plan d'extension progressif de la couverture sociale des travailleurs.
- 4- de veiller à la régularité et à la fluidité du versement des pensions de retraite actuelles.
- 5- de mettre en place au niveau des structures sanitaires du pays, des mécanismes de prise en charge des personnes du troisième âge à des coûts réduits et assurer la prise en charge des indigents âgés dans les structures de santé.
- 6- de développer des structures d'accueil pour personnes âgées répondant aux normes de la culture guinéenne.
- 7- de promouvoir une politique de construction -location -vente pour faciliter le départ à la retraite des milliers de travailleurs guinéens.

3. Concernant les toxicomanes

3.1. Contraintes et difficultés

A l'instar des autres sociétés africaines de type traditionnel, la société guinéenne a vécu en harmonie, pendant des siècles, avec la drogue. Autrefois son usage était exclusivement réservé aux travaux champêtres de groupe et aux cérémonies rituelles (chasse, circoncision, etc.).

De nos jours, avec la mondialisation et l'ouverture du pays au reste du monde, l'usage de la drogue est devenu un phénomène courant qui connaît une expansion rapide au sein de plusieurs communautés, notamment chez les jeunes désœuvrés des quartiers populaires défavorisés.

Ainsi, les familles guinéennes vivent de manière très passive ce phénomène nouveau qui affecte peu à peu l'équilibre de la société, sans trop savoir comment y remédier. En l'absence de structures d'accueil et d'espaces d'information, dans beaucoup de familles un silence coupable pousse un certain nombre d'entre elles à l'effacement. Elles ne savent de telle sorte ni à qui s'adresser, ni à qui parler quand leurs enfants en sont victimes. C'est souvent avec stupéfaction que les parents ou l'entourage familial découvrent le problème.

En Guinée, la propagation du phénomène a été largement facilitée par l'éclatement des conflits armés au Libéria et en Sierra Leone. Les centaines de milliers de réfugiés qui y ont trouvé asile et hospitalité, ont répandu l'usage de la toxicomanie au sein de la population autochtone, jusque là épargnée par le fait des pratiques socio-religieuses. Cependant, l'extension a pris une telle ampleur, que la Guinée où la drogue était rare, est devenue, en l'espace de quelques années, un pays où circule de la drogue en provenance des pays du sud-ouest asiatique (l'héroïne), du sud-ouest américain (cocaïne) et d'Afrique (cannabis) à destination du marché européen. Toutefois une partie non négligeable de la drogue qui y transite est revendue pour la consommation locale.

Selon l'OCAD, plus de 94% des consommateurs de drogues en Guinée auraient moins de 35 ans (chiffre du 1^{er} semestre 2002). Les tranches d'âge les plus vulnérables, les moins armées et les plus exposées aux tentations sont aussi les plus touchées. Moins préparées à affronter les aléas de la vie, c'est parmi elles que l'on recense les jeunes diplômés sans emplois, les jeunes en échec scolaire et professionnel, sans aucune perspective d'avenir. Evoluant dans une société en pleine mutation, ouverte sur le monde, avec tout ce que cela suppose comme tentations et frustrations, cette jeunesse en mal de vivre dans un pays écartelé entre tradition et modernité, fatalisme et progrès est facilement tentée de se réfugier dans la drogue. La télévision par satellite, les films de mauvais goût et le phénomène de gangs et de clans dans les quartiers contribuent à pousser les jeunes à se réfugier dans la drogue et la délinquance juvénile.

La Guinée à l'avant garde des autres pays d'Afrique de l'Ouest, en solidarité avec les familles des Nations Unies a ratifié toutes les conventions internationales et s'est dotée d'un plan national de lutte contre la drogue.

3.2. Suggestions et Recommandations

Dans le cadre du programme de lutte contre la drogue, il s'agira de poursuivre les mesures arrêtées à savoir :

- Le renforcement du Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD), par l'application des termes du décret de création N°067 du 2 août 1994.

- L'organisation de campagnes de sensibilisation à la lutte par des ONG spécialisées ; à travers tout le pays, la prévention de l'usage de la drogue dans le système éducatif guinéen par l'information, la communication et la formation.
- Le renforcement des services répressifs en moyens humains et matériels.
- Le développement de la coopération sous-régionale, régionale et internationale en matière de lutte contre la toxicomanie.
- La création ou l'extension des structures médicales de soins capables d'accueillir les toxicomanes et de les réinsérer dans une vie professionnelle normale.
- Le renforcement de la politique nationale de lutte contre la drogue à travers :
 - l'amélioration de la coordination entre les différentes structures étatiques et associatives qui luttent contre le phénomène drogue;
 - la réorientation du dispositif d'accueil et de soins vers une prise en charge précoce des consommateurs abusifs de drogues multiples.
 - le développement d'une prise de conscience chez les acteurs concernés par le phénomène de poly toxicomanie, de la dépendance à plusieurs produits, notamment chez les jeunes. Ceci doit conduire à proposer des programmes de prévention et de prise en charge, s'adressant à toutes les conduites addictives, quelle que soit la nature juridique des produits consommés ;
 - la coordination des intervenants chargés de la répression avec celle des acteurs de la prévention afin qu'en plus de la répression ou prévention, on évite le passage de l'usage nocif à la dépendance ;
 - le développement d'une formation adaptée aux besoins professionnels des acteurs de terrain ;
 - le développement des actions de formation en faveur des policiers, des gendarmes, des douaniers et des personnels pénitenciers qui sont souvent trop peu informés des enjeux de santé publique et qui souvent n'obéissent qu'à des logiques répressives et contradictoires ;
 - la formation des acteurs sanitaires et sociaux pour les activités d'accueil et de soins au niveau des régions.

4. Concernant les mendiants

4.1. Contraintes et difficultés

Les mendiants sans handicap sont en général des personnes d'un certain âge. Ils sont sans qualifications, avec des problèmes de santé et aussi sans soutien de proches parents qui subviendraient à leurs besoins en cas de maladie. Frappés par le dénuement total, ils ne leur reste plus que la mendicité pour vivre parce qu'ils ne peuvent plus entreprendre une activité leur permettant de subvenir à leur besoins.

Les mendiants ont de sérieux problèmes d'intégration et d'épanouissement parce que ne faisant l'objet d'aucune attention de la part des autorités et des organisations caritatives. Ainsi ils ne bénéficient d'aucune forme d'assistance. Pourtant, ils représentent la catégorie de marginaux la plus nécessiteuse et la plus abandonnée à elle-même. Les personnes sans handicap deviennent mendiants pour trois principales raisons : (1) l'absence de qualification et de formation ; (2) la contrainte de l'âge et le manque de soutien financier ; (3) la mauvaise santé qui fait qu'ils sont dans l'incapacité d'entreprendre une activité génératrice de revenus.

4.2. Suggestions et Recommandations

Afin de mettre en œuvre des actions salvatrices en faveur des mendiants, il est important :

- qu'il soit mis en place au niveau de la structure d'encadrement du département des Affaires Sociales, un dispositif au niveau de chaque préfecture afin de pouvoir les répertorier et identifier leurs besoins spécifiques en terme de formation et d'aide à la reconversion ;
- d'organiser une campagne d'information, de communication et d'éducation des mendiants sous forme de table ronde autour du sujet avec les acteurs sociaux, politiques et humanitaires impliqués dans l'aide et la réinsertion des personnes exclues (élus, autorités, travailleurs sociaux, ONG et organisations caritatives) ;
- d'entreprendre un plan d'action d'urgence pour la ville de Conakry en prenant des dispositions pour une meilleure hygiène et pour délimiter des zones d'accès aux mendiants ;
- d'envisager la création de centres d'accueil adaptés pour l'alphabétisation voir l'éducation des enfants des mendiants en situation de rue ;
- d'intégrer leur formation dans le cadre du programme Education Pour Tous en relation avec le MEPU-EC et les centres Nafa.

5- Concernant les Sans domicile fixe

5.1 Contraintes et difficultés

Les SDF constituent une nouvelle catégorie sociale dont l'existence n'était pas connu dans les sociétés traditionnelles. Ils sont essentiellement constitués d'individus qui, pour des raisons économiques et sociales, quittent leurs villages en direction des grandes villes ou des petites agglomérations. Ils vivent parfois du fruit de leurs petits travaux quotidiens et élisent domicile dans les marchés, les magasins, les boutiques ou vérandas des édifices publics. Les sans domiciles fixes ne sont pas facilement identifiables en raison de leurs mobilité , et surtout du fait que le jour, il se confondent dans la population et vaquent à des occupations très diverses.

La principale menace qui les guète réside dans l'absence totale d'assistance en leur faveur. Même en cas de maladie, personne ne peut leur venir en aide. C'est seulement en cas de décès qu'ils attirent l'attention de la population ou des autorités. La plupart des SDF sur lesquels ont porté l'enquête sont venus de la campagne à la recherche du mieux - être . La pauvreté en milieu rural explique en partie, les causes de cet exode vers les grandes agglomérations. Sans protection et exposés aux intempéries et aux maladies, les SDF sont souvent victimes d'exactions et subissent les agressions du petit banditisme.

5.2 Suggestions et recommandations

Afin d'améliorer les conditions d'existence de cette catégorie difficilement identifiable, il est nécessaire de renforcer les capacités de la Direction Nationale de la Protection et de la Promotion Sociale afin qu'elle puisse :

- localiser et recenser tous les enfants et adultes en situation de rues dans les agglomérations du pays ;
- élaborer une stratégie d'appui à la réinsertion des jeunes rapatriés des villes vers les campagnes par une politique d'aide aux familles et de subvention aux communautés rurales par exemple ;

- engager une campagne d'information et de sensibilisation des élus locaux et de la société civile sur le phénomène d'exode rural ;
- créer en collaboration avec les départements de l'Agriculture et de la Jeunesse dans les campagnes des centres de formation pour jeunes paysans et renforcer le programme des jeunes agriculteurs tel qu'initié par la jeunesse du PUP ;
- appliquer le concept du retour vers la terre prôné par le Président de la République, le Général Lansana CONTE.

Les conclusions et recommandations présentées ici sont assorties d'une matrice de Stratégies de Réduction de la Pauvreté pour l'ensemble des groupes marginaux présentés ci-dessous et de plans d'actions détaillés pour chaque groupe présent dans les chapitres plus loin.

III- Matrice de Stratégies de Réduction de la Pauvreté pour les groupes marginaux

Matrice de Stratégies de Réduction de la Pauvreté au niveau des groupes marginaux en Guinée (handicapés, personnes âgées, toxicomanes, mendiants et sans domicile fixe)

OBJECTIF GENERAL	OBJECTIF DETAILLES	STRATEGIES/ ACTIVITES	OBSERVATIONS/ DEMARCHES
Mise en place d'un cadre institutionnel favorable à la promotion et à la protection des personnes marginales en Guinée	<p>Elaboration d'une politique nationale de protection et de promotion des personnes marginales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistance et emploi des handicapés. ▪ Protection des personnes âgées. ▪ Assistance aux toxicomanes. ▪ Réadaptation et réinsertion des mendiants et des SDF. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préparation d'un texte de base par la DNPPS avec l'appui de consultants. ▪ Organisation d'un atelier national de validation du document de politique nationale. ▪ Préparation des textes de lois favorisant l'accès à l'écoles des enfants handicapés ou issus des familles de handicapés. ▪ Dénombrement exhaustif et localisation de chaque personne marginale sur le territoire national lors du prochain recensement. ▪ Préparation des textes de lois pour l'assistance et la prise en charge des personnes indigentes du 3^{ème} âge dans les structures sanitaires. ▪ Préparation des textes de loi sur la protection sociale des travailleurs de tous les secteurs d'activité. ▪ Préparation des textes juridiques réglementant l'accès des personnes handicapées dans les édifices et lieux publics. Installations de rampes d'accès, de modes de transport, etc. 	<p>Requête à envoyer au PNUD pour l'élaboration d'un document de politique nationale de protection et de promotion sociale.</p> <p>Rencontre avec les législateurs ; préparation d'un texte de base, discussions.</p> <p>Courrier au MEF et SEP, requête aux partenaires : Banque Mondiale, l'USAID, BAD, FNUAP.</p> <p>Document base avec la CNSS et le Ministère de la Santé. Note technique au gouvernement rencontre avec les législateurs.</p> <p>Comité interministériel réunion sous l'égide du MASPFE DNFP/employeurs/syndicats.</p> <p>Comité de réflexion multisectoriel sous l'égide du MASPFE. Préparation d'un texte de base. Note technique au gouvernement. Implication des législateurs.</p>

OBJECTIF GENERAL	OBJECTIF DETAILLES	STRATEGIES/ ACTIVITES	OBSERVATIONS/ DEMARCHES
Renforcement des capacités humaines et institutionnelles des structures d'encadrement des personnes marginales.	Renforcement des capacités humaines.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau central : cadres DNPPS <ul style="list-style-type: none"> - voyages d'études dans des pays avancés reconnus pour avoir de bons systèmes de sécurité sociale pour visiter des services et institutions d'assistance aux personnes marginales ; - stage de formation en gestion et administration de projets et programme d'assistance humanitaires, planification et conception de projets. ▪ Niveau local : <ul style="list-style-type: none"> - atelier régionaux et préfectoraux de sensibilisation sur l'assistance aux personnes marginales par les populations et les familles ; - sur formation des enseignants des écoles spécialisées (sourds, muets, aveugles) ; - perfectionnement technique des agents du centre national d'orthopédie ; <p>Mettre en place à la RTG une émission spéciales en faveur des personnes marginales. Temps d'antenne pour les sourds et sourds-muets (langage des signes).</p>	<p>Requêtes de financement demande de bourse d'études, stages auprès de l'Union Européenne et de la coopération bilatérale (France, Pays Scandinaves, Canada, Maroc, Turquie.</p> <p>Requête auprès de la BM et de la BAD pour l'organisation d'atelier régionaux de sensibilisation.</p> <p>Requête à diverses Fondations, Institutions et ONG Internationales (Handicap International, UNICEF, etc.).</p> <p>Correspondance au Ministère de la Communication, choix d'un journaliste inscription d'une ligne budgétaire (BND) pour le financement de l'émission.</p>
	Renforcement des capacités matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipement en moyens de locomotion des agents représentants la DNPPS au niveau local pour un meilleur suivi des personnes marginales (motos). ▪ Equipement de la DNPPS en moyens logistiques pour une meilleure coordination des actions (véhicules). ▪ Equipement en matériel informatique pour un meilleur suivi des statistiques et une meilleure gestion de la base donnée sur les personnes marginales. ▪ Rénovation des locaux de la DNPPS pour assurer de meilleures conditions de travail au personnel. 	<p>Requête de financement auprès des ambassades du Japon, d'Allemagne, du Chine et auprès du représentant de l'Union Européenne et à la Coopération Française. Plus contrepartie BND.</p>
	Renforcement des capacités financières administratives	Inscription au BND d'un projet d'appui à la DNPPS pour l'élaboration d'une politique nationale d'emploi, de protection et de suivi des personnes marginales.	BND : projets d'appui à la DNPPS pour le renforcement des capacités techniques d'intervention. 50 millions GNF par an.

OBJECTIF GENERAL	OBJECTIF DETAILLES	STRATEGIES/ ACTIVITES	OBSERVATIONS/ DEMARCHES
Renforcement des capacités des personnes marginales elles mêmes	<p>Renforcement des capacités de coordination des intervenants de la DNPPS</p> <p>Améliorer les conditions de vie des personnes handicapées</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'une cellule national de coordination des actions en faveur des personnes marginales ▪ Appui matériel et financier en vue de l'opérationnalisation des ONG et association en faveur des personnes marginales ▪ Formation des leaders d'ONG et d'association pour une meilleure assistance aux personnes marginales ▪ Alphabétisation fonctionnelle en faveur des personnes handicapées adultes et particulièrement des jeunes filles non scolarisées ▪ Appui à la scolarisation universelle des enfants handicapés ou issus de familles de parents handicapés. ▪ Appui à l'appareillage des handicapés indigents et à leur mobilité. ▪ Mise en place d'un fonds pour l'octroi de micro crédits aux personnes handicapées désirant entreprendre des activités génératrices de revenus. ▪ Renforcement des centres d'apprentissage et de rééducation des personnes handicapées. ▪ Renforcement des capacités des écoles de formation spécialisée existantes en moyens matériels et humains 	<p>Fondation Frederich Ebert</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer les capacités du Service National Alphabétisation pour la prise en charge des personnes marginales. ▪ Voir avec l'UNICEF l'octroi de fonds pour la scolarisation des enfants handicapés ou de parents handicapés ▪ Voir avec le PAM la généralisation des cantines scolaires pour mieux assister les enfants des familles marginales. ▪ Voir avec les projets 3A Entreprises et PRIDE Finances ▪ Ligne de crédit avec le Crédit Rural de Guinée (voir AFD) ▪ Requête de financement auprès des Pays Scandinaves ▪ Jumelage entre écoles françaises et guinéennes (voir avec la coopération Française). <p>Echange d'enseignants, demande de coopérants FAC et de volontaires. Contacter AFVP et Corps de la Paix.</p>

OBJECTIF GENERAL	OBJECTIF DETAILLÉS	STRATEGIES/ ACTIVITES	OBSERVATIONS/ DEMARCHES
	Améliorer la qualité et les conditions de vie des personnes âgées en Guinée.	<p>Pour les retraités bénéficiant déjà d'une pension de retraite :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ veiller à ce que le paiement des pensions se fasse de façon régulière et de manière moins contraignante que de coutume. ▪ Aider les personnes retraitées capables de valoriser leurs compétences résiduelles à réintégrer les écoles pour participer au transfert de leurs compétences à la jeunesse. ▪ Favoriser l'implantation de maisons de repos répondant au norme de la culture guinéenne. ▪ Faciliter l'installation de sociétés immobilières orientées vers la construction d'habitation à location vente à coûts modérés pour les travailleurs afin d'adoucir leur départ à la retraite. ▪ Renforcer les capacités d'assistance aux retraités par le renforcement de la division en charge des personnes 3^{ème} âge à la DNPPS (identification, tenue de la banque de données et suivi des dossiers). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voir Ministère des Finances services des pensions /suivi par la DNPPS. ▪ Ministère Fonction Publique et Ministères de l'Education (MEPU-EC, METFP) pour l'affectation des retraités qui le désirent comme maître dans le cadre de EPT. ▪ Requête de financement auprès de l'Union Européenne, de l'Allemagne et de la Turquie. ▪ MUH, MEF, MASPFE , MFP. Note technique au gouvernement. Projet d'appui à l'initiative. Requête à préparer par le MASPFE. ▪ Etoffer le service Renforcer sa capacité de conception et de gestion. Former les titulaires à la gestion par les voyages d'études, etc.
	Améliorer la prise en charge des toxicomanes, leur rééducation et leur réinsertion sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge des victimes de la toxicomanie par la multiplication des centres d'accueil à l'intérieur du pays et dans la capitale où seule Donka est opérationnel. ▪ Traiter les toxicomanes comme des malades, privilégier l'aspect soins aux forces de l'ordre sur l'aspect répression et condamnation. ▪ Mener des campagnes d'éducation, d'information et de communication au niveau des écoles et CFP sur la drogue et ses méfaits (élaborer des spot publicitaire affiches et dépliants). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Installer un centre au niveau de chaque commune de la capitale. ▪ Installer des cellules d'accueils au niveau de chaque hôpital régional. ▪ Former les services de police et de répression ▪ Financement BND, PNUD/OMS Requête auprès de l'UNICEF et de la BM (projet EPT).

OBJECTIF GENERAL	OBJECTIF DETAILLES	STRATEGIES/ ACTIVITES	OBSERVATIONS/ DEMARCHES
	<p>Améliorer les conditions de vie des mendiants</p> <p>Faciliter la réinsertion sociale des sans domicile fixe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer les capacités de répression des services nationaux de sécurité, de douane et de gendarmerie. ▪ Renforcer la coordination entre les différents intervenants membre du CNLCD (MASPFE, police, gendarmerie, douane, armée, santé, ONG, etc. ▪ Appuyer la DNPPS et les organisations caritatives dans la localisation et le dénombrement des mendiants dans la ville de Conakry. ▪ Mettre en place des fiches d'identification et de suivi des familles. Répertoire les enfants scolarisables et veiller à leur scolarisation à l'internat du village SOS de façon prioritaire par rapport aux autres enfants de personnes moins nécessiteuses. ▪ Mettre en place un fonds de prise en charge des enfants handicapés. ▪ Aider à la réinsertion des mendiants dans leur communauté d'origine. ▪ Aider les mendiants qui le désire à se former et à s'orienter vers des activités génératrices de revenus. ▪ Disloquer la cité solidarité et en faire un internat pour enfants handicapés ou enfants ayant des parents handicapés. ▪ Appuyer matériellement et financièrement la DNPPS et les organisations caritatives pour la localisation et le dénombrement des enfants et adultes en situation de rue. ▪ Organiser des rencontres de sensibilisation avec les SDF identifiés. ▪ Concevoir de petits projets de réinsertion sociale au niveau des localité avec la participation des communautés. ▪ Améliorer les conditions alimentaires des personnes rapatriées à la campagne. ▪ Mettre en place de petits projets de retour vers la terre tel que prôné par le Président de la République le Général Lansana Conté. ▪ Organiser des ateliers régionaux et préfectoraux de sensibilisation des élus locaux familles et communautés sur le retour des SDF vers les campagnes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demander l'appui de l'UNICEF pour financer la scolarité de ces enfants handicapés ou de parents handicapés. ▪ Demander au PAM de faciliter la distribution de vivres aux cantines scolaires. ▪ Requête pour un projet d'appui à adresser à l'UNICEF, au FNUAP et à l'USAID. ▪ Inscrire au BND un projet intitulé «Appui à la DNPPS et aux ONG caritatives pour le dénombrement et la localisation des enfants et adultes en situation de rue». ▪ Travailler en collaboration avec le PACV/ligne fonds de projets à l'innovation. ▪ Fourniture de vivres par le PAM. ▪ Inscrire au BND «Un projets d'appui au retour à la terre des SDF/lutte contre l'exode rural» 50 millions par an. ▪ Emissions radio temps d'antenne à la RTG et campagne d'IEC.

Introduction générale

Contexte

L'effort d'intégration des personnes marginales passe nécessairement par la connaissance statistique de cette sous population, notamment ses effectifs, sa composition, et ses caractéristiques économiques et sociales. Ces données sont nécessaires voir indispensables aux planificateurs du gouvernement, pour la mise en place de programmes d'assistance en leur faveur.

Les statistiques les plus récentes sur les personnes marginales en Guinée proviennent du recensement général de la population de décembre 1996, conforté par l'enquête de démographie et de santé (EDS) de 1999. En dehors de ces données, seules quelques rares enquêtes ponctuelles menées par des associations caritatives sur les sous groupes viennent compléter les informations disponibles.

La présente étude cherche à donner une image aussi précise que possible sur chacun des groupes marginaux ciblés et de proposer des actions sur la base d'informations tirées de l'enquête menée, des informations obtenues des entretiens avec les principaux intervenants du secteur social guinéen, et de la revue de la littérature existante qui, souvent est très mal connue du public. L'analyse des données recueillies permet de mieux connaître la situation des sous-groupes et de proposer des solutions appropriées visant à améliorer leurs conditions d'existence.

L'étude vise à mettre à la disposition de l'administration du secteur social, aux partenaires de la Guinée, aux chercheurs et étudiants, des informations récentes et utiles sur les handicapés, personnes âgées, toxicomanes, mendiants, et sans domiciles fixes en vue d'une meilleure prise en compte de leurs besoins et aspirations dans les projets et programmes nationaux de développement.

La collecte d'informations sur les franges vulnérables de la population guinéenne répond au souci de "mieux connaître pour mieux servir" qu'a adopté le Secrétariat Permanent à la Stratégie de Réduction de la Pauvreté dans sa recherche de solutions aux problèmes qui se posent aux personnes déshéritées du pays. Elle vise surtout à donner au Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, notamment, à la Direction de la Promotion et de la Protection Sociale, les informations nécessaires à la conception et à la mise en œuvre de politiques adaptées aux besoins des groupes marginaux.

Les groupes marginaux ne représentent qu'une faible portion de la population totale du pays (inférieure à 10%). Toutefois le gouvernement guinéen, depuis l'accession à l'indépendance, ne cesse de déployer des efforts pour assurer la prise en charge progressive des couches vulnérables de la société. Les résultats escomptés n'ont peut être pas toujours été au rendez-vous, mais les efforts fournis sont louables. La solidarité inscrite dans la devise du pays a toujours prévalu dans la recherche des solutions aux problèmes qui se posent aux groupes marginaux. C'est pourquoi, aujourd'hui plus que jamais, la situation des personnes marginales est d'actualité. Elle demeure une constante préoccupante aussi bien pour l'Etat que pour les familles et les communautés. Aussi, la recherche de solutions durables aux problèmes des marginaux dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'emploi et de la réinsertion sociale est une des priorités du gouvernement dans le cadre de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté.

Conformément aux termes de référence et dans le but de mieux cerner la problématique des groupes marginaux dans le pays, d'analyser les contraintes qui se posent à leur épanouissement, de faire des suggestions et recommandations pertinentes permettant d'améliorer leurs conditions et de proposer des actions à court et moyen terme en leur faveur, l'étude sera subdivisée en cinq parties :

- ✓ une partie introductive qui campe la problématique des personnes marginales en Guinée à travers les données socio-démographiques, l'histoire, la politique, l'économie et la stratégie nationale de réduction de la pauvreté ;
- ✓ une deuxième partie décrit la situation de chaque groupe et tente d'identifier les contraintes et les actions en faveur de leur épanouissement ;
- ✓ une troisième partie présente les résultats de l'enquête sur le terrain et les institutions s'occupant des personnes marginales dans le pays ;
- ✓ une quatrième partie exposée avant l'introduction présente les principales conclusions et recommandations de l'étude ;
- ✓ une cinquième partie présente les annexes.

1. La population guinéenne et ses caractéristiques socioculturelles

Selon les statistiques les plus récentes, les groupes marginaux dans leur ensemble ne dépassent pas 10% de la population du pays. Leur nombre serait inférieur à un demi million de personnes disséminées à travers toute l'étendue du territoire national.

En 2002, la population guinéenne est estimée approximativement à 8 millions d'habitants. Selon les résultats du recensement général de la population et de l'habitation réalisé en décembre 1996, elle était de 7,2 millions à cette date contre 4,7 millions d'habitants en février 1983 (soit un taux d'accroissement naturel de 2,8%). Si cette tendance se maintient, la population atteindra en l'an 2010 un chiffre de 9,6 millions d'habitants, comprenant une forte proportion de femmes (51,2%) et de jeunes (46,5% ayant moins de 15 ans).

La population guinéenne est essentiellement rurale (70%). La population urbaine en nette progression est évaluée à 30%. La population active est estimée à plus de 71% de la population totale du pays, avec une proportion de 48% de femmes selon l'Enquête Intégrale Budget et Consommation du Ministère du Plan de 1994.

1.1. Diversité ethnique

La population guinéenne présente une grande diversité ethnique. Les groupes ethniques sont : les Malinkés, les Koniankés, les Dialonkés, les Peulhs, les Toucouleurs, les Diakankés, les Soussous, les Bagas, les Nalous, les Mikiforès, les Kissis, les Guerzés, les Tomas, les Manos, les Konos, les Bassaris, et les Kongnaguïs, pour ne citer que les plus connus.

La population guinéenne compte peu d'étrangers. Elle avait massivement émigrée sous la Première République, de sorte que beaucoup de guinéens continuent encore aujourd'hui, à vivre à l'extérieur du pays.

1.2. Urbanisation

L'urbanisation se caractérise non seulement par son faible degré (29,6% de la population réside dans les villes), mais aussi par son déséquilibre. En effet, 51,2% de la population urbaine habitent dans l'agglomération de Conakry (1.094.075 habitants) selon le RGPH de 1996.

Par ailleurs, il n'existe au niveau des régions, aucune métropole d'équilibre face à Conakry où se concentre l'essentiel des unités industrielles, de l'administration, des emplois tertiaires et des services sociaux.

1.3. Croissance démographique

Les perspectives démographiques esquissées de 1983 à l'horizon 2008 indiquent que, quelle que soit l'hypothèse retenue, la population doublera au cours de cette période, passant ainsi de 4.700.000 habitants à une fourchette comprise entre 9.000.000 et 11.000.000 d'habitants.

Au cours de cette période, l'espérance de vie à la naissance se situerait autour de 50 ans (1995). Le taux brut de natalité est estimé à 41‰ et l'indice synthétique de fécondité à 5,7 enfants par femme. Le taux brut de mortalité estimé à 161‰ demeure encore préoccupant.

Les niveaux de mortalité infantile et infanto-juvenile demeurent encore assez élevés par rapport à la moyenne de l'Afrique Subsaharienne, en dépit de la mise en place du Programme Elargi de Vaccination, de Soins de Santé Primaire et de Médicaments Essentiels (PEV/SSP/ME). Le paludisme représente la première cause de morbidité, quel que soit l'âge de la personne consultée.

L'Islam est la religion dominante dans le pays (87%). Le reste de la population pratique le christianisme (4,3%) et les croyances traditionnelles. L'enquête démographique et de Santé (EDS, 1999) montre que 33% des hommes mariés sont polygames.

L'insalubrité de l'habitat demeure encore un des traits marquants du cadre de vie de la majorité des guinéens. En 2002, seulement 55% de la population a accès à l'eau potable, tandis que l'analphabétisme touche près de 80% des femmes et 65% des hommes. Le taux de scolarisation en progression est de 60% pour les garçons et de 45% pour les jeunes filles.

Carte : Densité de la population au km² par sous-préfecture en 1996

1.4. Tableau I : Répartition spatiale de la Population Résidente
(Par sexe et par Préfecture)

Préfectures	Nombre de Ménage	Population Résidente		
		Masculin	Féminin	Total
Beyla	25.592	85.137	82.324	167.461
Boffa	19.859	76.418	80.531	156.949
Boké	38.320	145.214	149.100	294.314
Conakry	161.878	581.130	512.945	1.094.075
Coyah	30.096	42.347	42.759	85.106
Dabola	17.201	53.863	57.097	110.965
Dalaba	26.212	62.376	74.571	136.947
Dingiraye	21.150	66.419	70.719	137.138
Dubreka	16.564	63.971	67.779	131.750
Faranah	22.077	73.589	74.154	147.743
Forécariah	28.051	96.579	104.614	201.193
Fria	12.027	40.969	39.934	80.903
Gaoual	21.012	66.194	71.405	137.599
Guéckedou	55.419	166.785	181.268	348.053
Kérouané	22.009	81.029	72.884	153.913
Kankan	31.520	129.963	132.584	262.547
Kindia	41.523	141.810	146.197	288.007
Kissidougou	31.708	100.256	105.580	205.836
Koubia	14.975	41.914	49.975	91.889
Koundara	14.478	43.978	46.941	90.919
Kouroussa	16.558	72.206	77.119	149.325
Lelouma	23.849	57.961	78.688	136.649
Labé	42.145	113.922	137.582	251.504
Lola	20.420	65.039	69.257	134.296
Macenta	45.642	134.710	146.343	281.053
Mali	33.103	94.940	116.250	211.190
Mamou	48.083	114.642	121.483	236.125
Mandiana	13.735	83.911	86.970	170.881
N'Zérékoré	40.551	138.188	144.715	282.903
Pita	43.550	105.565	133.195	238.760
Siguiri	24.498	132.981	138.613	271.594
Télimilé	37.883	105.275	122.439	227.714
Tougué	16.552	52.372	62.005	114.377
Youmou	22.748	64.562	70.653	135.215
GUINEE	1.080.988	3.496.220	3.668.673	7.164.893

Source : MPC. Recensement général de la population 1996.

2. Place des marginaux dans la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté

L'expérience guinéenne au cours de ces 15 dernières années a montré que les taux élevés de croissance, à eux seuls ne suffisaient pas à assurer une amélioration significative des conditions de vie des populations. Il fallait prendre en compte les besoins des couches les plus vulnérables que sont les femmes, les enfants, les handicapés, les personnes âgées et autres groupes marginaux du pays. En d'autres termes, la lutte contre la pauvreté doit être partie intégrante des programmes de réformes économiques.

En dépit de la croissance appréciable enregistrée, l'étude sur le profil de la pauvreté en Guinée élaborée en 1994-1995 avait révélé que 40,3% de la population vivaient encore en dessous du seuil de pauvreté, évalué à l'époque à environ 300 \$US par an et par personne. Une telle situation est un handicap sérieux dans la lutte contre la pauvreté et reste en deçà des potentialités naturelles et humaines du pays et des attentes des populations guinéennes.

C'est pourquoi, entre 1996 et 1998, un document de politique générale intitulé «Guinée vision 2010» a été formulé, divers programmes et projets initiés et mis en œuvre dans les secteurs de l'éducation, de la santé, de l'approvisionnement en eau, de l'agriculture et des transports. Cependant, ces programmes ont vite montré les limites de leur efficacité, en raison de l'absence d'une stratégie cohérente d'interventions qui recueille l'adhésion et la participation de tous les intervenants.

Face à ce constat, il était devenu nécessaire pour la Guinée de concevoir et de mettre en œuvre une approche qui intègre pleinement la question de la lutte contre la pauvreté. C'est dans cette optique, que la Guinée a élaboré un DSRP dans lequel les personnes vulnérables ont une place de choix. Ce DSRP comprend une partie introductive et cinq (5) chapitres qui sont : l'analyse de la pauvreté en Guinée, la revue des stratégies passées, les objectifs de la stratégie, la stratégie de la réduction de la pauvreté et le suivi et l'évaluation de la stratégie et les risques.

Dans le cadre de l'élaboration du DSRP et afin de mieux cerner le concept de la pauvreté, des consultations des populations furent organisées à travers tout le pays en mars 2000. Les participants à ces consultations furent choisis parmi les couches les plus pauvres ou les plus vulnérables de la population, notamment (les personnes handicapées, les personnes âgées, les femmes en milieu rural ou des quartiers défavorisés, les enfants dans la rue, les diplômés sans emploi et les sans domicile fixe, etc.). Les discussions ont surtout porté sur la façon dont ces populations marginales percevaient la pauvreté dans leur existence quotidienne.

Il s'est dégagé de ces consultations que la pauvreté couvre plusieurs dimensions de la vie, certaines étant d'ordre quantitatif (niveau de revenu par exemple), d'autres essentiellement d'ordre qualitatif (accès aux services de base).

Elle se traduit par le manque d'emploi et la faible accessibilité aux services sociaux de base, notamment à l'éducation et à la santé, la mauvaise qualité des services publics, l'exclusion des handicapés, l'insuffisance des infrastructures de base, la faible participation à la prise de décision, etc.

L'analyse de la pauvreté en Guinée faite à travers les études et enquêtes (EIBCM) fait apparaître des disparités entre les régions naturelles d'une part, et entre les zones rurales et les zones urbaines d'autre part. La Haute Guinée et la Moyenne Guinée présentent des ratios de pauvreté atteignant respectivement 62% et 52,6%. C'est dans les parties nord-ouest et nord-est de ces deux régions que sont enregistrés le déficit le plus important en matière d'urbanisation, d'infrastructures de base et de dispersion des services de santé et d'éducation. La Guinée Forestière enregistre un ratio de pauvreté en dessous de la moyenne nationale, soit 32,6%. Le ratio de la pauvreté de la Basse Guinée se chiffre à 41,5%.

Au niveau de la capitale, le ratio de pauvreté est relativement faible par rapport au reste du pays. Seulement 6,7% des habitants de Conakry vivent au-dessous du seuil de pauvreté. Le ratio de pauvreté en milieu rural se chiffre à 52,5%. L'incidence de la pauvreté en milieu urbain n'est que de 25% (6,7% à Conakry et 14,3% au niveau des centres urbains). L'incidence de la pauvreté en milieu rural est 7,8 fois supérieure à celle de la capitale. L'extrême pauvreté touche 18% des ruraux contre 0,3% des habitants à Conakry et 5,6% dans les autres centres urbains. La pauvreté reste très prononcée en milieu urbain, cependant, même si son incidence est plus faible en raison du surpeuplement, de la pression sur les infrastructures socio-économiques et de l'exode rural, le degré d'inégalité est nettement plus élevé à Conakry qu'à l'intérieur du pays. Dans chacune des quatre (4) régions naturelles, l'inégalité est plus marquée dans les centres urbains que dans les zones rurales. Les pauvres tirent l'essentiel de leurs revenus des activités agricoles (près de 65,7%) et du secteur informel et consacrent environ 62% de leur budget à l'alimentation. Après les dépenses de logement, ils ne peuvent orienter qu'une infime partie de leurs ressources aux soins médicaux et à l'éducation de leurs enfants.

En terme de catégories socioprofessionnelles, les agriculteurs qui constituent 61,2% de la population renferment plus de 80% des pauvres. Les paysans confinés dans les cultures vivrières apparaissent les plus démunis (54%), suivis des agriculteurs de cultures de rente (46,2%). Les salariés et les travailleurs du secteur informel étant relativement moins touchés par le phénomène de la pauvreté.

Les femmes représentant 51,1% de la population guinéenne sont fortement affectées par le phénomène de pauvreté. La féminisation de la pauvreté s'explique par l'inégalité des opportunités entre hommes et femmes, en terme d'accès à l'éducation (plus de 80% des femmes sont analphabètes en milieu rural) et aux facteurs de production (terre, crédit.). Elles sont confrontées au quotidien à une surcharge de travail, à un statut social inférieur, à des pratiques traditionnelles néfastes et à une faible participation à la vie publique dans la société. L'incidence de la pauvreté sur les ménages dirigés par une femme est de 29,7%. Ces ménages se sont avérés être les plus pauvres du pays, avec un ratio de pauvreté de 48%.

Le chômage, l'inactivité, le sous-emploi et la précarité sont également des facteurs déterminants de la pauvreté et de l'exclusion en Guinée. En effet, la réforme administrative de 1986 a conduit à la réduction de 42% des effectifs de la fonction publique. Les difficultés de reconversion des déflatés, le chômage grandissant des jeunes diplômés et surtout l'insuffisance des actions en faveur du développement du secteur privé ont aggravé les problèmes de l'emploi dans le secteur formel. Plus des deux tiers des sortants de l'enseignement supérieur, classés dans la tranche d'âge de 20 à 29 ans, sont au chômage. D'après l'enquête sur les ménages de 1996, le taux de chômage dans les ménages pauvres avoisine 25% et celui des ménages les mieux nantis 11%. La difficulté d'accéder au premier emploi est devenue, ces dernières années, un problème majeur de société en Guinée.

L'objectif principal du DSRP est de réduire la pauvreté en Guinée et d'améliorer les conditions de vie des populations à l'horizon 2010. A cette date, le gouvernement espère ramener le taux de pauvreté à 30% contre 40,3% en 1995. Les objectifs spécifiques sont principalement : l'accélération de la croissance, l'amélioration des opportunités d'accès à un revenu décent pour les pauvres (à travers un développement soutenu et durable du secteur rural), une mobilisation plus substantielle des ressources pour le développement des infrastructures et des services sociaux de base, l'amélioration de la gouvernance, la lutte contre le SIDA et l'intégration des préoccupations des femmes dans toutes les politiques et stratégies de développement.

Au regard des disparités apparues dans l'analyse de la pauvreté, notamment les disparités régionales, les déséquilibres entre villes et campagnes, les clivages entre les sexes et l'existence d'une catégorie de personnes exclues ou marginalisées, le principe d'équité présidera à toutes les actions prévues dans le cadre de la mise en œuvre des stratégies de réduction de la pauvreté dans le pays.

Dans cette mise en œuvre, il est prévu que des ressources qui seront libérées, au titre de l'allègement de la dette ainsi que les ressources intérieures qui seront mobilisées pour le développement du pays soient consacrées aux stratégies.

L'allocation budgétaire sera basée sur les priorités définies par les populations notamment pour les secteurs de l'éducation, de la santé, de l'hydraulique, du développement rural et des routes. A l'intérieur de ces secteurs, les priorités seront accordées aux services de base, ceux qui vont vers la couche la plus pauvre (éducation de base, santé primaire, etc.). Des ressources plus substantielles seront transférées aux structures décentralisées et déconcentrées en vue d'une meilleure prestation des services à la base. A cet effet, une partie des recettes locales sera rétrocédée aux collectivités. Les activités en faveur des femmes et des couches vulnérables (personnes handicapées, enfants dans la rue, personnes âgées, etc.) seront privilégiées en raison de la forte incidence de la pauvreté sur ces couches de la population. Des ressources conséquentes seront drainées vers la lutte contre le MST/SIDA en raison de leurs impacts négatifs sur le développement et particulièrement sur les groupes les plus vulnérables (les jeunes et les femmes notamment).

Ainsi pour une fois, le gouvernement dans sa stratégie de développement, met en première ligne les laissés pour compte, les marginaux et tous ceux qui, auparavant, étaient relégués au dernier rang.

Carte : Poches de pauvreté en Guinée

LES HANDICAPES

1. Introduction

Selon l'OMS, le handicap est défini comme le désavantage d'un individu résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui limite l'exercice de son rôle normal à l'intérieur de sa société et de sa culture eu égard à son âge et à son sexe. Déficience se définissant comme étant une perte ou une anomalie d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. L'incapacité se définissant comme une perte ou une absence due à une déficience de la capacité d'exécuter pleinement une activité de la même manière qu'une personne dite normale. Cette définition au sens large inclut une gamme très vaste de personnes, que même un recensement général de la population dans un pays développé, ne saurait intégralement catégoriser. C'est pourquoi, dans la cadre de cette étude, nous ne nous intéresserons qu'aux handicaps majeurs visibles (cécité, surdité, mutilation, infirmité des membres, déficience mentale). Les autres types de handicaps étant regroupés dans la catégorie «autres».

Sur la base de cette catégorisation, les handicapés de Guinée, estimés à 2% d'une population d'environ 8 millions d'habitants s'élèveraient approximativement à 160 000 personnes. Ce chiffre paraît insignifiant, toutefois, au regard des charges que ce groupe d'individus fait supporter à la Nation (famille, communauté, Etat), il convient d'en faire une priorité dans la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale.

Dans ce chapitre nous allons examiner le contexte général et les conditions de vie des personnes handicapées, leur répartition à travers le pays et les actions à mener en leur faveur.

✓ Contexte social et conditions de vie des personnes handicapées

Jusqu'à une époque récente, la société traditionnelle guinéenne offrait aux personnes handicapées une certaine sécurité et un cadre de vie familiale qui leur épargnaient l'errance quotidienne, pour la recherche de ressources nécessaires à la satisfaction de leurs besoins. Les familles et la société assuraient la prise en charge directe de leurs membres handicapés. Dans certaines communautés, quand le handicap était mineur, il n'était pas perçu comme un motif de rejet ou de marginalisation de l'individu, mais comme un don de Dieu qu'il fallait accepter. Dans d'autres, l'acceptation ou le rejet d'un handicapé par son milieu social dépendait surtout du type de handicap. Lorsque ce dernier était particulièrement prononcé, à la naissance, la réaction du milieu social était le rejet pur et simple.

Dans les zones rurales de Guinée, les personnes handicapées, souvent incapables de pratiquer les rudes travaux agricoles, vivent du soutien de leurs familles ou de l'aumône collective, malgré la faiblesse de la production traditionnelle d'autosubsistance. La précarité des conditions de vie des handicapés dans les campagnes où vivent les plus pauvres, et le mirage qu'exerce sur eux l'attrait de la ville, les poussent généralement à la migration vers les centres urbains, où souvent les conditions pour les accueillir ne sont pas réunies. C'est ce qui explique, le développement rapide de la mendicité dans les villes et plus particulièrement dans la capitale.

Quelle que soit la région, la remarque qui est généralement faite est que les conditions de vie des personnes handicapées sont nettement en deçà de celles des personnes dites normales. Elles sont plus pauvres, peu ou pas du tout scolarisées, vivant dans des habitats souvent précaires, avec un accès très limité aux soins de santé et aux emplois générateurs de revenus.

L'ignorance, l'abandon, la superstition et la crainte font partie du lot quotidien des facteurs sociaux qui accentuent l'isolement des handicapés et entravent leur épanouissement. Les personnes handicapées sont des victimes quotidiennes des différentes formes de discrimination à tous les échelons de la vie et dans tous les secteurs d'activités, (transport, logement, participation à la vie politique du pays, etc.). Les données du RGPH de 1996 ont montré qu'à tous les âges, les proportions de célibataires sont plus élevées parmi les handicapées. A 40 ans par exemple, il ne reste plus que 10% environ de célibataires parmi les personnes dites normales de sexe masculin pris dans leur ensemble.

Tandis que parmi les handicapés du même sexe, on dénombre 46% de célibataires. Chez les femmes, presque toutes prises ensemble, elles sont mariées avant leur 25^{ème} anniversaire, alors qu'il reste encore parmi les femmes handicapées 22% de célibataires à cet âge. Ces chiffres permettent de conclure que cette sous-population a des difficultés d'intégration sociale par le biais du mariage.

S'agissant de l'analphabétisme, l'enquête menée indique que 95% des femmes et 80% des hommes handicapés ne savent ni lire, ni écrire dans aucune langue, contre 86 % de l'ensemble des femmes et 62% de l'ensemble des hommes. Ce taux élevé chez les handicapés s'explique non seulement par leur marginalisation et aussi par le fait qu'ils vivent principalement en milieu rural. Mais surtout, parce que certains handicaps requièrent des conditions particulières pour l'accès à l'instruction et que ni les familles, ni le pays n'ont les moyens actuellement de se les procurer.

La plupart des handicapés qui ont réellement besoin d'équipements indispensables pour leur rééducation ou leur réinsertion sociale n'ont ni les moyens ni la prise en charge nécessaire. Beaucoup de handicaps surviennent au cours de la vie active, à travers des accidents de travail et de circulation ou de maladies qui souvent ont des conséquences graves sur les individus, leur bien être et sur l'avenir de leurs dépendants. Ces personnes autrefois actives et très utiles à la société, ont nécessairement besoin de continuer à participer d'une manière où d'une autre à la vie en société sans être marginalisées. D'où la nécessité de leur réinsertion et leur prise en charge par la société. En dépit de leur handicap, ces personnes demeurent à part entière, des êtres humains, qui ont le droit d'aspirer au bien être et de réclamer ce droit, au même titre que les personnes considérées comme normales.

✓ Contexte économique

Les informations détaillées sur les conditions d'existence des handicapés en Guinée sont rares. Cependant, il y a lieu de croire qu'il existe une forte corrélation entre handicap et pauvreté, car les handicapés dans leur grande majorité, ne travaillent pas. La seule activité génératrice de revenu qu'ils pratiquent est la mendicité. Les répercussions négatives de cet état de fait se traduisent par le faible revenu des handicapés qui vivent dans des conditions précaires surtout dans les villes où ils ne bénéficient plus de l'élan de solidarité de la période socialiste qu'a connu la Guinée autrefois. Selon les résultats de l'enquête, le montant journalier moyen collecté par un mendiant se situerait autour de 1500 francs guinéens. Gain qui est très irrégulier et nettement en deçà du minimum nécessaire à la satisfaction des besoins d'alimentation, de logement et d'habillement. La situation est encore plus grave pour les handicapés mariés qui ont des enfants à bas âge, non scolarisés. C'est le cas des handicapés aveugles qui ne scolarisent pas leurs enfants qui leur servent de guides et qui sont condamnés à subir le sort de leurs parents handicapés toute leur vie durant, si aucune mesure n'est prise en leur faveur.

Ces dernières années, le gouvernement, la société civile, les ONG et les bailleurs de fonds ont fourni des efforts importants pour améliorer les conditions de vie des handicapés à travers la promotion de projets en leur faveur. Ce sont entre autres: le programme d'équipement en tricycles et fauteuils roulants pour 1000 handicapés des membres inférieurs, l'assistance technique et matérielle aux personnes handicapées par la formation et les stages, la création d'emplois pour des personnes handicapées en broderie, teinture, coiffure (projet GUI/87/013).

En dépit de ces dispositions, du reste insuffisantes, la pratique de la mendicité persiste encore pour des raisons diverses, parmi lesquelles on peut mentionner : l'insuffisance en formation professionnelle des handicapés adultes d'une part et des centres spécialisés pour la scolarisation des débilés mentaux d'autre part.

1.3 Contexte politique

Afin de répondre aux besoins des handicapés, des efforts appréciables et des changements profonds sont intervenus dans les textes législatifs du pays. En effet, la protection sociale est désormais garantie par la Loi fondamentale en ses articles 5, 8,15, et 17. Cependant malgré l'importance des mesures prises, la législation en matière de protection sociale contient de nombreuses dispositions inéquitables, qu'il s'agisse du champ d'application et des régimes sociaux ou des mécanismes d'attribution de l'assistance. C'est pourquoi, le gouvernement a pris un ensemble de mesures institutionnelles en créant un Secrétariat d'Etat aux Affaires Sociales à la Promotion Féminine et à l'Enfance en 1992, chargé de la mise en œuvre de sa politique en matière de promotion et de protection des femmes, des enfants et des groupes vulnérables. En 1994, ce Secrétariat a été érigé en Ministère chargé de la Promotion Féminine et de l'Enfance, renforçant ainsi par un acte du pouvoir central, la volonté d'améliorer la situation de ces groupes sociaux vulnérables en Guinée par l'adoption de politiques nationales de la Promotion Féminine, de l'Enfance et de l'Action Sociale. Chacune de ces politiques comporte: le diagnostic de la situation, les orientations, les objectifs, les stratégies et les plans d'action.

Dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les maladies handicapantes, le PEV/SSP/ME, selon les informations fournis par le service national de l'information statistique du Ministère de la Santé, 334 centres de santé sont fonctionnels dans le pays au 31 décembre 1997 et le programme national de lutte contre l'onchocercose a été mis en place en collaboration avec l'OMS et divers donateurs.

En plus de ces deux programmes, il existe quatre autres :

- le programme de lutte contre la lèpre soutenu par l'OMS et par trois ONG étrangères : Fondation Raoul Follereau, Ordre de Malte, Mission Phil africaine ;
- le programme de lutte contre la trypanosomiase mis en place depuis 1972 ;
- le programme national de réadaptation à base communautaire en faveur des personnes handicapées a été mis en place en 1997 ;
- le programme de lutte contre la carence en iode source de crétinisme et de goitres.

D'autres structures et institutions spécialisées ont été mises en place pour l'éducation et/ou la rééducation et la formation professionnelle des handicapés, telles que l'école des sourds-muets (Boulbinet), le centre national d'orthopédie (CNO) situé au CHU Donka, la cité de solidarité (Hamdallaye) et l'institut de jeunes aveugles en construction à Kankan.

S'agissant de la promotion des droits des personnes handicapées et de l'égalité des chances, le gouvernement a pris des dispositions législatives favorisant l'égalité des chances, en ratifiant la convention des droits de l'homme, la charte africaine des droits de l'homme et des peuples et la convention No 159 de l'O.I.T concernant la réadaptation.

En outre, la Loi Fondamentale contient deux articles (15 et 17) relatifs à la promotion et à la protection des personnes handicapées.

S'agissant des associations et ONG, avec la libération des initiatives par le gouvernement, on compte à ce jour, plus de seize associations de promotion des personnes handicapées créées en 1985, principalement dans les domaines de la protection de l'encadrement et de la réinsertion des personnes handicapées. Leur but en général est de lutter pour l'amélioration du statut des personnes handicapées et d'aider les pouvoirs publics dans la conception, l'élaboration et la mise en œuvre de la politique du gouvernement en faveur de la personne handicapée.

Carte : Répartition des handicapés dans le pays

Il apparaît cependant, que moins de la moitié de ces associations sont opérationnelles sur le terrain cela, pour des causes multiples et variées. Malgré les difficultés qu'elles traversent, des résultats appréciables ont été atteints dans les domaines de l'information et de la sensibilisation, de la scolarisation de la formation, de l'emploi et de la promotion des droits des personnes handicapées. L'UNICEF, l'OMS, le FNUAP et d'autres bailleurs de fonds participent activement à la mise en œuvre des projets initiés par le gouvernement et les ONG à l'intention des personnes handicapées

2. Répartition de la population des handicapés dans le pays

Le recensement de 1996 a dénombré environ 139.000 personnes présentant un handicap majeur, soit 2% de la population résidente des ménages ordinaires. En d'autres termes, 2 guinéens sur 100 souffrent d'un handicap quelconque. On compte presque autant de femmes (50,6%) que d'hommes (49,3%) au sein de cette population d'handicapée. En 1983, on avait dénombré 104.815 handicapés parmi la population âgée de 10 ans et plus. Soit un taux de croissance annuel d'environ 2,5%. A ce rythme, le nombre de personnes handicapées dans le pays serait de l'ordre de 160 000. Dans cette population, il convient de mettre en évidence le poids des femmes qui sont touchées par les handicaps du fait des conséquences des nombreuses maternités à risque et des activités pénibles, auxquelles elles sont quotidiennement confrontées, particulièrement dans les campagnes. Les hommes sont eux aussi victimes de handicaps au travers des activités à risques qu'ils mènent (chasse, exploitation minière, conflits armés).

Tableau 1 : Répartition approximative du nombre de handicapés en 2002

Lieu de résidence	%	Total
Conakry	6,1	9 760
Basse Guinée	23,3	37 280
Moyenne Guinée	34,1	54 560
Haute Guinée	16,3	26 080
Guinée Forestière	20,2	32 320
Total	100,0	160 000

Estimation sur la base d'une population guinéenne de 8 millions d'habitants en 2002.

Les personnes handicapées se répartissent de manière inégale à l'intérieur du pays. Hormis la capitale qui est faiblement touchée (6,1%), la région la moins affectée est la Haute Guinée (16,3%) et la plus touchée est la Moyenne Guinée (34,1%). Les écarts entre les régions sont pratiquement les mêmes pour les deux sexes. La distribution régionale des handicapés par zone de résidence présente des différences. Alors que pour la population rurale c'est la Moyenne Guinée qui vient en tête, pour la population urbaine Conakry est en tête à cause sans doute du poids considérable de sa population sur la population urbaine totale. Le taux global de handicapés évalué à 2% montre que la fréquence du phénomène est faible dans l'ensemble ; elle est légèrement plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes, quels que soient la région considérée ou le milieu de résidence. Le tableau ci-après donne la répartition des handicapés à travers le pays.

Tableau 2 : Répartition des handicapés en pourcentage selon le lieu de résidence

Lieu de résidence	Total par région		Milieu Urbain		Milieu Rural	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Conakry	0,9	0,7	0,9	0,7	-	-
Basse Guinée	2,3	2,2	2,0	1,7	2,3	2,3
Moyenne Guinée	2,9	2,9	1,6	1,3	3,1	3,0
Haute Guinée	1,6	1,6	1,6	1,4	1,6	1,6
Guinée Forestière	1,9	1,7	1,3	1,2	2,1	1,9
Total Guinée	2,0	1,9	1,2	1,1	2,3	2,3

Source, année

Le tableau indique une grande disparité régionale dans la répartition des handicapés. Dans la distribution des effectifs de handicapés, le premier rang est occupé par la Moyenne Guinée, cela s'explique par la forte prévalence des maladies handicapantes dans cette région (poliomyélite, cécité, déficience mentale, etc).

La fréquence des handicapés est deux fois plus élevée au sein de la population rurale que parmi la population urbaine. Ce résultat pourrait s'expliquer non seulement par la prévalence inégale des risques de handicap, mais aussi par la couverture sanitaire plus importante en ville qu'à la campagne. C'est certainement ce qui justifie le faible taux obtenu à Conakry.

La Moyenne Guinée est la région qui renferme la proportion la plus élevée de personnes handicapées. La Guinée Forestière par contre est plus faiblement touchée par le phénomène. En Haute Guinée, le programme de lutte contre l'onchocercose a eu un impact positif sur la réduction du nombre de personnes atteintes de cécité des rivières.

2.1 Répartition des handicapés selon l'âge

Selon le RGPH de 1996, la pyramide des âges de la population des handicapés affiche une allure irrégulière due probablement aux erreurs de déclaration de l'âge des citoyens. Elle reflète principalement les caractéristiques suivantes : une très faible proportion de handicapés avant 5ans ; un surnombre de handicapés entre 5 et 15 ans, ainsi qu'entre 55 et 75 ans ; des proportions insignifiantes au-delà de 85 ans.

Les irrégularités constatées touchent plus le sexe féminin que le sexe masculin. La pyramide rurale a presque la même allure que celle de la population totale des handicapés. La pyramide urbaine à une allure plus régulière que la rurale, avec une base large et un rétrécissement quasi-régulier avec l'âge, dénotant de la diminution des proportions des handicapés au fur et à mesure que l'âge augmente. Le déficit des enfants handicapés de moins de 5 ans apparaît dans les deux pyramides, suggérant que les handicaps liés aux affections ou malformations congénitales sont beaucoup moins importants que ceux survenant au cours de l'existence surtout chez les petits garçons qui sont plutôt exposés à certains jeux violents qui pourraient être source de handicaps physiques.

Selon les statistiques disponibles, le pays compte plus de femmes handicapées que d'hommes. On rencontre en effet, 97 hommes pour 100 femmes handicapées. Ce rapport est toutefois très variable entre

les régions et présente un important écart entre la population urbaine et la population rurale, dans toutes les régions. Il est nettement plus élevé en ville (124) qu'en campagne (93). C'est à Conakry qu'on enregistre le rapport de masculinité le plus élevé (139). L'écart urbain/rural est probablement lié à la migration masculine généralement supérieure à celles des femmes et au risque différentiel de handicap selon le sexe. Parmi les quatre régions naturelles, la Basse Guinée connaît le plus fort surnombre d'hommes handicapés en ville. Mais dans l'ensemble, seule la Guinée Forestière a un rapport supérieur à 100.

Dans l'ensemble du pays, les taux de handicaps augmentent avec l'âge quel que soit le sexe. Entre 0 et 15 ans, la courbe croît de façon régulière avant de connaître une certaine stabilité jusqu'à 40 ans. Au-delà de cet âge, la croissance devient plus significative pour atteindre près de 10% après 65 ans. Le taux sont sensiblement plus élevés chez les femmes que chez les hommes à tous les âges.

2.3. Niveau d'alphabétisation des personnes handicapées

Selon les résultats de l'enquête, 86,2% des handicapés ne savent ni lire, ni écrire. Ce taux reste plus élevé que celui de la population dans son ensemble. Il est également plus élevé chez les femmes (93,7%) que chez les hommes (78,6%). Cette situation reflète le manque d'encadrement dont souffrent les handicapés, par rapport au reste de la population.

Le taux d'analphabétisme des handicapés le plus élevé est observé en Haute Guinée (93,1%) suivie de la Moyenne Guinée (90,6%) qui est la région renfermant la proportion la plus élevée de handicapés. A l'opposé, à Conakry presque la moitié des handicapés savent lire et écrire (54,4%). De plus, quel que soit la région considérée, les femmes sont plus analphabètes que les hommes, à l'image de la population totale dans son ensemble.

En outre, comme pour l'ensemble de la population, le taux d'analphabétisme des handicapés est plus élevé en milieu rural (90,7%) qu'en milieu urbain (64,9%).

L'analphabétisme et le manque d'instruction caractérisent les handicapés. Ils sont analphabètes à 86% et les femmes le sont plus que les hommes (97% contre 79%), les handicapés de la campagne plus que ceux de la ville (91% contre 65%). Les handicapés les plus affectés par l'analphabétisme sont les aveugles (92%) et les moins affectés sont les infirmes des membres inférieurs (80%), quel que soit le sexe ou le lieu de résidence.

S'agissant de l'instruction, la plupart des handicapés ne sont pas instruits (90%). Ceux qui sont instruits n'ont atteint, pour l'essentiel que le niveau primaire. Comme attendu, ce sont les aveugles qui sont les moins instruits de tous les handicapés (95%), suivis des déficients mentaux (91%). Ceux qui sont relativement plus instruits sont les infirmes des membres inférieurs (97%). Cette structure est la même en ville qu'à la campagne.

L'existence d'une proportion relativement élevée de déficients mentaux instruits (28,5%) pose le problème d'antériorité des facteurs, le recensement n'ayant pas saisie la date d'apparition des handicaps. Cette remarque est sans doute valable aussi pour les autres handicaps.

2.4. Fréquentation scolaire des personnes handicapées

Le taux brut de scolarisation des enfants handicapés de 7 à 12 ans s'élève à 24%. Les filles sont moins scolarisées que les garçons (19,4% contre 28,4%) dans toutes les régions, en ville comme à la campagne. L'examen des différences régionales montre que la Guinée Forestière connaît le niveau de scolarisation le plus élevé (31,8%) en dehors de Conakry qui a un taux de 54,5%.

Le taux de scolarisation en milieu rural est nettement inférieur à celui du milieu urbain (17,0% contre 50%). En général les écarts de fréquentation scolaire entre les sexes ne sont pas aussi importants que ceux relatifs à l'alphabétisation. En tout état de cause, la structure de la scolarisation des enfants handicapés épouse celle de l'ensemble des enfants du pays.

Tableau 3 : Taux de scolarisation des enfants handicapés âgés de 7 à 12 ans selon le sexe et la région

Lieu de résidence	Total			Ville			Campagne		
	garçons	filles	Total	garçon	filles	Total	garçons	Filles	Total
Conakry	59,7	48,5	54,5	59,7	48,5	54,5	-	-	-
Guinée Maritime	32,3	20,6	27,3	61,4	48,2	55,6	22,7	11,2	17,8
Moyenne Guinée	15,8	10,2	13,2	43,8	44,3	44,0	14,2	8,3	11,5
Haute Guinée	20,3	13,9	17,5	44,3	33,1	38,9	15,5	9,3	12,8
Guinée Forestière	37,0	25,3	31,8	49,8	38,2	44,7	34,0	22,5	28,8
Total	28,4	19,4	24,4	55,2	44,3	50,3	21,0	12,4	17,1

RPGH 1996

2.5. Niveau d'instruction générale des personnes handicapées

Selon le RPGH, la plupart des handicapés ne sont pas instruits (89%). Les personnes ayant fréquenté l'école ont rarement dépassé le cap du primaire (6,1%) ou du secondaire (3,2%). La proportion des handicapés ayant atteint le niveau supérieur est insignifiante. C'est en Moyenne Guinée qu'on enregistre la proportion la plus élevée de handicapés illettrés (95%) et la moins élevée en Guinée Forestière. A Conakry, le niveau d'instruction est naturellement plus élevé que dans le reste du pays, avec 20% et 16% des handicapés qui ont respectivement le niveau primaire et le niveau secondaire. Comme attendu, le niveau d'instruction des handicapés vivant en ville est relativement plus élevé que celui des handicapés de la campagne, quelle que soit la région.

Tableau 4 : Répartition des handicapés selon le niveau d'instruction et lieu résidence

Lieu de résidence	Sans Niveau	Primaire	Secondaire	Professionnel	Supérieur
Conakry	56,1	20,4	15,6	3,2	4,7
Guinée Maritime	89,0	6,9	3,2	0,5	0,5
Moyenne Guinée	95,3	3,0	1,2	0,2	0,2
Haute Guinée	94,4	3,3	1,6	0,3	0,4
Guinée Forestière	86,0	8,7	4,4	0,5	0,4
Total	89,5	6,1	3,2	0,5	0,6

2.6. Situation matrimoniale des handicapés

La grande majorité des handicapés est mariées (59%), les femmes le sont légèrement plus que les hommes. La proportion des célibataires parmi les handicapés reste cependant élevée, en particulier chez les hommes (36%). Chez les hommes aussi bien que les femmes, on observe des écarts importants entre les villes et les campagnes. Globalement, on rencontre plus de mariés à la campagne qu'en ville et c'est l'inverse en ce qui concerne les célibataires. Cette structure reflète celle de l'ensemble de la population. Ce constat ne permet pas toutefois, de conclure qu'il y a un lien entre le handicap et la situation matrimoniale, ne sachant pas le moment d'apparition du handicap, ni celui du changement de l'état matrimonial.

La majorité des personnes handicapées est mariée ou en union. Toutefois ce n'est pas le cas pour les déficients mentaux dont la proportion de célibataires atteint presque la moitié (48,8%). C'est aussi parmi les déficients mentaux qu'on trouve une proportion relativement élevée de divorcés/séparés (5%). Ce résultat s'explique par l'inaptitude totale de ce type de handicapés à diriger convenablement un ménage ou une famille, ou par le caractère infamant de ce handicap.

Les handicapés les plus avantagés par rapport à la situation matrimoniale sont les infirmes des membres supérieurs (63,6% de mariés) et les aveugles (61,8% de mariés).

Ces différences montrent que les handicaps ne présentent pas les mêmes contraintes vis-à-vis du mariage. Il convient toutefois de tenir compte, dans l'appréciation de ces résultats, des erreurs probables ayant pu affecter tant la déclaration de l'état matrimonial que celle du handicap. L'état matrimonial, comme c'est le cas d'autres variables, pouvait être mal connu par le chef de ménage qui répondait le plus souvent à la place de la personne handicapée. Par ailleurs, la date d'apparition du handicap n'ayant pas été saisie lors du dénombrement, il est difficile de conclure formellement à une influence du handicap sur l'état matrimonial, car il se pose un problème d'antériorité des facteurs que seule une enquête peut permettre de résoudre.

Tableau 5 : Répartition des handicapés de 12 ans et plus selon l'état matrimonial, le sexe et le milieu de résidence

Etat civil	Ville			Campagne			Total		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Célibataires	50,3	27,3	40,4	32,2	12,9	22,0	35,7	15,0	25,1
Mariés/Union	46,1	51,6	48,6	61,0	61,4	61,2	58,1	60,0	59,0
Divorcé/Séparés	2,1	3,6	2,7	2,6	2,9	2,8	2,5	3,4	2,8
Veufs(ves)	1,4	17,5	8,3	4,2	22,8	14,0	3,7	22,0	13,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

RGPH 1996

2.7. Activités économiques des personnes handicapées

Les handicapés sont en majorité des inactifs (64%) . L'inactivité touche beaucoup plus les femmes que les hommes (71% contre 57%). Il n' y a pas de différences significatives entre les handicapés vivant en ville et ceux des campagnes, quel que soit le sexe.

Par nature de handicap, les sourds-muets sont les plus avantagés, avec une proportion de 52% de personnes occupées, suivis des infirmes des membres inférieurs (36%) et des membres supérieurs (30%). Les aveugles sont les plus défavorisés, avec une proportion d'à peine 3% de personnes occupées et environ 96% d'inactifs.

Le secteur primaire (agriculture, élevage, pêche, sylviculture et industrie extractive) absorbe 77,0% de la population active des handicapées. En milieu rural, ils sont 89,8% tandis qu'en milieu urbain, ils ne sont que 18,5% dans ce secteur.

La prédominance de ce secteur dans les activités économiques du pays n'est pas surprenant d'autant plus que la majeure partie de la population active des handicapés vit en milieu rural et pratique une agriculture de subsistance. En milieu urbain les branches d'activités relevant du secteur tertiaire viennent en tête avec 58,3% des actifs.

La branche d'activité dominante demeure la branche "commerce" qui totalise à elle seule 39,0% des effectifs évoluant dans ce secteur. Il faut noter que le secteur secondaire (qui regroupe les industries manufacturières, les bâtiments et travaux publics) et les autres services occupent les plus faibles taux 3,9% et 2,9 respectivement.

Tableau 6 : Répartition de la population des handicapés actifs selon le lieu

Lieu de résidence	Hommes		Femmes		Total	
	Actifs	Inactifs	Actifs	Inactifs	Actifs	Inactifs
Conakry	46,1	53,9	25,9	74,1	37,7	62,3
Guinée Maritime	46,2	53,8	29,4	70,6	37,7	62,3
Moyenne Guinée	35,9	64,1	24,5	75,5	29,7	70,3
Haute Guinée	44,2	55,8	29,0	71,0	36,6	63,4
Guinée Forestière	47,2	52,8	40,2	59,8	43,8	56,2
Pays	42,7	57,3	29,4	70,6	36,0	64,0

RGPH 1996

Du fait de leur manque de qualification professionnelle résultant de leur faible niveau d'instruction, les handicapés sont peu représentés dans le secteur secondaire, à la campagne comme en ville (11%). En revanche, on les trouve en proportion élevée dans le secteur tertiaire en ville (70%) où ils s'occupent surtout du commerce informel.

La répartition des handicapés suivant les secteurs et les branches d'activité présente des différences marquées aussi bien entre les sexes qu'entre les milieux de résidence.

En milieu rural, les femmes sont plus représentées dans le secteur primaire, notamment dans les activités agricoles, d'élevage et de pêche, que les hommes, et c'est l'inverse qu'on observe en ville. Dans le secteur secondaire, on retrouve proportionnellement plus de handicapés hommes que de femmes dans les deux milieux. Dans le secteur tertiaire, la présence féminine est plus importante que celle des hommes.

3. Les différents types de handicaps et leur répartition dans le pays

Dans cette étude, cinq principales catégories de handicap ont été considérées. Il s'agit de la cécité, la surdité/mutité, l'infirmité des membres inférieurs, l'infirmité des membres supérieurs et la d ficiance mentale. Le recensement a relevé que l'infirmité des membres inférieurs est le handicap le plus répandu dans le pays. Il touche près du quart des handicapés (23,5%). Vient ensuite la surdité/mutité (13,8%) et l'infirmité des membres supérieurs (12,2%). La cécité et la d ficiance mentale représente chacune environ 10% des handicaps. Le poids des infirmes des membres inférieurs est prépondérant dans toutes les régions ; mais il est particulièrement élevé à Conakry où près d'un tiers des handicapés (32,8%) est concerné, à l'opposé de la Moyenne Guinée (21,7%). La proportion la plus élevée d'aveugles est observée en Haute Guinée qui est la région où sévit l'onchocercose ou la cécité des rivières. Les sourds-muets sont plus présents à Conakry du fait certainement de la présence de l' cole des sourds-muets de Boulbinet dans la capitale. La proportion élevée de déficients mentaux en Moyenne Guinée (13,1%) est difficile à expliquer.

La prévalence remarquable de l'infirmité des membres inférieurs est la conséquence de la couverture vaccinale insuffisante contre la poliomyélite. Par ailleurs la présence de mutilés de guerre parmi les réfugiés, victimes de l'explosion des mines, contribue à augmenter le poids de ce handicap.

**Photo : Envahissement des rues par les mendiants
Autours de l'immeuble SALL, Conakry**

Tableau 7: Répartition (en pourcentage) des handicapés selon le type de handicap ² et par rapport au lieu de résidence

Lieu de résidence	Aveugles	Sourds M	I.M.I	I.M.S	DM	Autres	Total
Conakry	7,9	19,5	32,8	14,1	8,9	16,8	100,0
Guinée Maritime	9,6	11,3	23,4	12,6	8,4	34,7	100,0
Moyenne Guinée	10,1	10,4	21,7	13,6	13,1	31,1	100,0
Haute Guinée	12,6	16,4	22,2	8,8	7,6	32,5	100,0
Guinée Forestière	10,3	17,9	24,8	11,6	7,5	27,9	100,0

RGPH 1996

² Av : Aveugle ; SM ou SO-Mu : Sourds-muets ; IMI : Infirmes des membres Inférieurs ; IMS : Infirmes des membres Supérieurs ; DM : Déficiences mentales ; Autres : Autres handicapés.

Tableau 8 : Répartition de la population des handicapés dans le pays et par type de handicap

Lieu de résidence	Aveugles	Sourds M	I.M.I	I.M.S	DM	Autres	Total
Conakry	7 11	1 903	3 201	1 376	869	1 640	9 760
Guinée Maritime	3 579	4 213	8 724	4 697	3 131	12 936	37 280
Moyenne Guinée	5 511	5 674	11 840	7 420	7 147	16 968	54 560
Haute Guinée	3 286	4 277	5 790	2 295	1 982	8 450	26 080
Guinée Forestière	3 329	5 785	8 015	3 749	2 424	9 018	32 320
Total	16 476	21 852	37 570	19 537	15 553	49 012	160 000

Estimation sur la base du tableau 7 avec une population estimée à 8 millions d'habitants en 2002.

Il n'y a pas de différence significative de type de handicap affectant particulièrement les hommes ou les femmes. Au niveau des régions naturelles, certaines différences apparaissent. En Haute Guinée, les hommes (56,2%) sont plus touchés par la cécité que les femmes (43,8%). La plupart des infirmes (membres inférieurs et membres supérieurs) de Conakry sont de sexe masculin (plus de 61%). Cette proportion est d'environ 53% en Guinée Forestière. En Moyenne Guinée ce taux est relativement bas. Pour les déficients mentaux, les hommes sont plus atteints à Conakry (60,8%) et en Guinée Forestière (52%). Cependant, on compte relativement plus de femmes aveugles (52,6%) et infirmes des membres supérieurs (53,3%) en Moyenne Guinée. Cela pourrait être lié au fait que les femmes de cette région sont obligées d'assumer les divers travaux champêtres, du fait de l'émigration masculine dans cette région, ce qui les expose aux accidents.

3.1. Cécité

L'examen de la pyramide des âges des aveugles montre que les effectifs d'aveugles augmentent légèrement avec l'âge. Cette augmentation est rapide au-delà de 60 ans, quelque soit le sexe. Aux bas âges, la cécité est quasi-négligeable. Il apparaît aussi que ce handicap est lié à la vieillesse, avec la baisse de l'acuité visuelle suite à l'apparition de certaines déficiences oculaires séniles, telles que la cataracte et le glaucome.

Pour 1000 personnes recensées, on dénombre environ deux aveugles. La structure par âge du taux d'aveugles montre que la cécité est plus fréquente chez les personnes âgées que chez les jeunes et les enfants. Les taux sont insignifiants avant 60 ans. Comme souligné précédemment, la cécité est un handicap essentiellement dû aux maladies oculaires liées à la sénilité. Le taux d'aveugles est presque le même, à tous les âges et aussi bien chez les femmes, ce qui signifie que la cécité ne frappe pas prioritairement un sexe.

3.2. La déficience mentale

Les déficients mentaux sont nombreux au sein des d'âges situés entre 10 et 35 ans. Cet état de choses est souvent imputable à la toxicomanie ou l'usage de la drogue dont les jeunes en sont les principales victimes. En outre, on remarque que les garçons sont plus atteints que les jeunes filles, à cause probablement de la prévalence différentielle de la toxicomanie selon le sexe. Au niveau des personnes âgées, les effectifs ne sont pas significatifs. Néanmoins, on observe un pic chez les femmes de 55 à 59 ans. Cette situation serait liée aux conséquences de la sénilité ou au veuvage

Le taux de déficience mentale serait de l'ordre de 2 pour mille. Mais contrairement à la cécité, le taux des déficients mentaux n'est pas une fonction croissante de l'âge. Sa structure est plutôt marquée par des fluctuations. Celles-ci sont particulièrement marquées pour le sexe masculin. Les taux féminins connaissent un accroissement régulier avec l'âge jusqu'à 55 ans. Les problèmes de ménages qui sont à l'origine de beaucoup de stress chez les femmes, dont l'ampleur augmente avec l'âge, pourrait expliquer ce phénomène.

3.3. Les infirmes des membres inférieurs

Les effectifs les plus importants des infirmes des membres inférieurs s'observent surtout parmi les enfants et les jeunes entre 5 et 20 ans. Cela résulte du faible niveau de vaccination des enfants. Ce phénomène touche les deux sexes de façon presque égale. Avant 5 ans, les cas d'infirmité sont moins fréquents. Aux âges avancés, les effectifs sont également peu importants (moins de 3%)

Le taux d'infirmité des membres inférieurs est relativement plus élevé que ceux de la cécité et de la déficience mentale : il se situe autour de 5%, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. On constate une évolution assez marquée de ce handicap à partir de 50 ans autant chez les femmes que chez les hommes. Si pour le sexe féminin le taux s'accroît avec l'âge jusqu'à 50 ans, on observe en revanche beaucoup de fluctuations pour le sexe masculin, avec toutefois une croissance des taux jusqu'à 35 ans.

3.4. Les infirmes des membres supérieurs

La structure de la population des infirmes des membres supérieurs est semblable à celle des infirmes des membres inférieurs : déficit avant 5ans, surnombre entre 5 et 20 ans diminution plus ou moins régulière des proportions avec l'âge. Evalué à 2,5‰, le taux d'infirmes des membres supérieurs est nettement inférieur à celui des membres inférieurs. On note une légère diminution de ce phénomène dans les âges avancés, surtout chez les hommes. Mais dans l'ensemble, cette infirmité augmente avec l'âge ; le taux ne devient cependant significatif qu'au-delà de 65 ans. Les écarts entre les deux sexes ne sont pas importants.

3.5. Les Sourds-muets

La pyramide des âges des sourds-muets a une forme presque triangulaire qui dénote l'importance de ce handicap parmi les enfants et sa diminution avec l'âge. Les effectifs les plus importants sont observés entre 5 et 15 ans (plus de 6%) pour chaque sexe, puis ils baissent de façon aussi régulière à mesure que l'âge augmente. Le fait qu'il y a plus de sourds-muets entre 5 et 15 ans qu'avant 5 ans suggère que la surdité-mutité ne procède pas seulement d'une déficience congénitale, mais peut aussi survenir au cours de la vie, de façon accidentelle. Cette explication est peu plausible. Il s'agirait plutôt d'une sous-déclaration des enfants sourds-muets de moins de 5 ans par les parents, qui ont sans doute encore l'espoir de voir leur enfant retrouver l'audition et la parole avant un certain âge, ou qui n'ont pas encore fait constater médicalement le handicap.

Le taux de handicap des sourds-muets s'élève à 3‰ environ. Il augmente avec l'âge, avec quelques légères fluctuations à 20-24 ans et 70-74 ans pour le sexe masculin, et à 35-39 ans pour le sexe féminin. Comme souligné précédemment, cette évolution du taux suggère l'existence d'autres causes congénitales. Mais ils s'agirait vraisemblablement d'une sous-déclaration de sourds-muets aux jeunes âges, ou alors de l'effet d'une surmortalité de ces handicapés aux jeunes âges.

**Photo : Boulevard des mendiants cité chemin de fer
Coronthie, Conakry**

4. Intégration, réadaptation et réinsertion sociale de la personne handicapée

L'amélioration des conditions d'existence des personnes handicapées est influencée par la conjoncture économique du moment qui fait subir ses méfaits à la société dans son ensemble. La famille d'aujourd'hui n'est plus en mesure de dispenser seule les soins nécessaires aux handicapés. On note à cet effet l'apparition de nombreuses institutions caritatives. Le système d'entraide entre membre d'une même famille a tendance à disparaître peu à peu ; et est remplacée par l'intervention de l'Etat et des entreprises privées spécialisées, desquels les individus reçoivent des prestations, des soins médicaux, des loisirs et des conditions de vie améliorées.

Ainsi, face à la conjoncture difficile, les familles abandonnent souvent leurs responsabilités à l'Etat. Parmi ces responsabilités, figure notamment la prise en charge de ses membres handicapés.

L'intégration de la personne handicapée dans la communauté pose de sérieux problèmes du fait que le cadre d'accueil n'est souvent pas préparé préalablement pour répondre aux besoins essentiels de la personne handicapée d'une part et d'autre part, les structures et infrastructures pouvant faciliter la réadaptation à la vie active n'ont pas souvent été prévues.

Cela se justifie par le fait que les pays en développement sont plus préoccupés par la résolution d'autres problèmes jugés prioritaires, sous contraintes des moyens disponibles limités.

4.1. Apport des communautés à la base

Ni les pouvoirs publics, ni les structures de rééducation déjà existantes ne peuvent fournir à eux seuls des prestations satisfaisantes à toutes les catégories de personnes handicapées du pays ; une formule plus souple et plus économique visant la sensibilisation de la population et la participation de celle-ci pour atteindre un but déterminé peut s'avérer d'un apport précieux en matière de réadaptation des personnes handicapées dans le pays ; ce procédé vise la Réadaptation à Assise Communautaire (RAC) ou la Réadaptation à Base Communautaire (RBC).

A ce niveau, certaines conditions doivent être réunies pour que la formule de réadaptation communautaire trouve son champ d'application. Parmi ces conditions, on peut citer :

- la disponibilité des données statistiques sur l'invalidité ;
- l'identification et la stratification des interventions en tenant compte des structures déjà existantes ;
- la définition claire et précise des buts et objectifs à atteindre ;
- l'élaboration d'un programme de sensibilisation des populations par des activités d'IEC concernant la réadaptation ;
- la liaison de ce programme avec les autres secteurs jugés prioritaires ;
- l'appui des structures et institutions existantes ;
- la formation d'agents animateurs en rééducation communautaire ;
- la collaboration des agents avec les services spécialisés et la création d'un organe de conception et de supervision ;
- l'introduction dans les écoles de formateurs de notions visant à identifier et à répertorier les besoins des personnes handicapées ;
- la participation des associations en faveur des personnes handicapées elles-mêmes ;
- l'implication effective de la communauté à la base.

5. Objectifs Stratégiques et activités

□ Au niveau du gouvernement (structures politiques d'encadrement ou de formation)

- *Objectifs stratégiques 1*

Organiser un atelier national de consensus pour la formulation d'une politique nationale de prise en charge et d'emploi des personnes handicapées en Guinée

Activité 1: élaborer et soumettre un projet de document de politique nationale de prise en charge et d'emploi assorti d'un plan de mise en œuvre en faveur des personnes handicapées ;

- *Objectifs stratégiques 2*

Rendre plus opérationnelles les structures (centrale et décentralisées) de l'administration en charge des personnes handicapées

Activité 2: doter la DNPPS et ses services rattachés en moyens de locomotion, de communication, de contrôle et de coordination des actions à entreprendre.

Activité 3: améliorer les capacités d'intervention et les compétences professionnelles des agents et cadres de l'action sociale ;

Activité 4: doter les services et agents de terrain des moyens facilitant les déplacements, les contacts et la coordination des actions au niveau local, préfectoral, régional et central ;

Activité 5 : assurer la formation de 12 formateurs des travailleurs Sociaux.

Activité 6: accorder des bourses de stage de perfectionnement des agents des structures administratives centrales et déconcentrées.

Activité 7: organiser des stages de perfectionnement en faveur des enseignants et/ou agents des structures Spécialisées (Ecole des Sourds-Muets, des aveugles, de l'Institut des Jeunes Aveugles de KanKan, le Centre National d'Orthopédie et des centres régionaux de l'éducation Fonctionnelle, etc.).

Activité 8: Organiser des missions d'étude pour les agents fonctionnaires et les représentants des OPH dans le cadre de la coopération Sud-Sud concernant les personnes handicapées

Activité 9: favoriser l'échange d'expériences et le renforcement du partenariat par des participations actives aux rencontres institutionnelles concernant les perspectives des personnes handicapées.

Activité10: créer et équiper quatre (4) Centres de formation et de réinsertion des personnes handicapées.

Activité11: organiser des stages de perfectionnement pédagogique en faveur des enseignants des écoles d'enseignement spécialisé.

Activité12: organiser des stages de formation en langue des signes gestuelles et en braille.

□ **Au niveau des ONG, agences et autres institutions**

- **Objectif stratégique 3**

Organiser, harmoniser et planifier les divers programmes et projets proposés en faveur des personnes handicapées.

Activité 13: mettre en place et soutenir un organe national multi sectoriel et pluridisciplinaire de coordination des actions destinées aux personnes handicapées.

Activité 14: instaurer et appuyer le système de partenariat entre le Ministère en charge des personnes handicapées et les différents intervenants dans le secteur.

□ **Au niveau des personnes handicapées elles-mêmes**

- **Objectif stratégique 4**

Conscientiser l'opinion publique (communautés familles et personnes victimes de handicap).

Activité 15: organiser et démultiplier des ateliers d'appropriation et de diffusion des règles standard d'égalisation des chances et des droits des personnes handicapées.

Activité 16: élaborer, traduire, démultiplier et diffuser le modèle des règles standards d'égalisation des chances et des droits des personnes handicapées.

Activité 17: créer, appuyer et maintenir au niveau de la grille de la télévision nationale, un temps d'antenne pour les sourds et sourds-muets.

- **Objectif stratégique 5**

Impliquer les différents acteurs intervenant dans le domaine des personnes handicapées, à la conception et à la validation d'un plan national d'actions en faveur des personnes handicapées pour une durée de 10 ans.

Activité 18 : organiser des journées de réflexion impliquant tous les intervenants pour élaborer et soumettre un programme assorti d'un plan d'exécution pendant la décennie.

- **Objectif stratégique 6**

Réduire l'analphabétisme au niveau des personnes handicapées.

Activité 19 : instaurer et soutenir le développement du système intégratif au niveau de l'enseignement.

Activité 20 : assurer la prise en charge des filles handicapées pour leur scolarisation.

Activité 21: assurer la mise à niveau (alphabétisation fonctionnelle) des jeunes et adultes handicapés non scolarisés.

Activité 22 : appuyer et étendre les structures d'enseignement spécialisé au niveau des chefs lieux des régions administratives du pays.

- Objectif stratégique 7 :

Rendre opérationnelle la Fédération Guinéenne pour la promotion des Associations pour Personnes Handicapées (FEGUIPAH).

Activité 23: doter la Fédération d'un siège social équipé.

Activité 24: assurer la formation de 20 personnes handicapées à la gestions des ressources humaines.

Activité 25 : doter le Bureau Exécutif de la FEGUIPAH en moyens de locomotion, de communication, de gestion informatique et de coordination des actions.

Activité 26 : constituer et former un noyau de 15 personnes handicapées en conception, gestion et évaluation des micro projets.

- Objectif stratégique 8

Promouvoir des activités génératrices de revenus pour personnes handicapées.

Activité 27 : mettre en place un fonds de crédit en faveur des personnes handicapées initiatrices des activités génératrices de revenus.

□ Au niveau des populations (communautés et familles)

- Objectif stratégique 9

Impliquer les communautés à la base (y compris les élus locaux) aux programmes et activités d'intégration sociale des personnes handicapées.

Activité 28 : organiser des séances d'appropriation des règles et droits des personnes handicapées au niveau préfectoral et local.

Activité 29 : Concevoir et mettre en œuvre des programmes d'habilitation en réadaptation à base communautaire en faveur des familles et parents à membres handicapés.

Activité 30 : créer et soutenir des mutuelles des familles à membres handicapés.

Activité 31 : mettre en place un fonds d'assistance à la prise en charge des personnes handicapées en faveur des familles.

Programme d'actions

N°	Rappel des Objectifs Stratégiques	Activités	Périodes d'exécution	Bénéficiaires Cibles	Partenaires Possibles	Coûts
1.	Organiser un atelier national de consensus au tour de la formulation d'une politique nationale de prise en charge et d'emploi des personnes handicapées en Guinée.	1. Elaborer et soumettre un projet de document de politique nationale de prise en charge et d'emploi des personnes handicapées.	2003	Populations handicapées du pays.	MASPFE, MSP, MTFP, OMS, PNUD, MEF, UNICEF et ONGs.	
2.	Améliorer les capacités d'intervention et les compétences professionnelles des Agents et des cadres de l'action sociale.	5. Assurer la formation de formateurs des travailleurs sociaux.	2003-2004	Cadres de la structure centrale de la DNPPS (MASPFE).	MASPFE, METFP, MSP, PNUD, UNICEF.	
		11. Organiser des stages de perfectionnement pédagogique en faveur des enseignants les écoles d'enseignement spécialisé.	2003-2005	20. Enseignants du primaire et du secondaire pour sourds-muets. 15. Enseignants du primaire et du secondaire pour aveugles.	MASPFE, Education nationale plus UNICEF, UNESCO, PNUD	
3.		12. Organiser des stages de formation en langue des signes gestuels et en braille.	2003-2005	22 agents et cadres des structures en charge des personnes handicapées.	MASPFE, Education nationale, UNICEF, UNESCO, AFD.	
4.	Organier, harmoniser et planifier les divers programmes et projets proposés en faveur des personnes handicapées.	13. Mettre en place et soutenir un organe national multisectoriel et pluridisciplinaire de coordination des actions destinées aux personnes handicapées.	2003	DNPPS + FEGUIPAH + autres intervenants.	MASPFE, OPH, Ministère (EF, AT) + partenaires de terrain.	
5.	Impliquer les différents acteurs intervenants dans le domaine des personnes handicapées à la conception et à la validation d'un plan national d'action en faveur des personnes handicapées pour une durée de 10 ans.	18 Organiser des journées de réflexion impliquant tous les intervenant pour élaborer et soumettre un programme assorti d'un plan d'exécution pendant la décennie.	2003	DNPPS + FEGUIPAH + autres intervenants.	MASPFF, MEF, OPH, MATD, partenaires de terrain.	
8.	Rendre opérationnelle, la Fédération Guinéenne pour la promotion des Associations pour Personnes Handicapées (FEGUIPAH).	26. Constituer et former un noyau de 15 personnes handicapées en conception, gestion et évaluation des micro-projets.	2003-2005	Personnes handicapées associées ou membres de la FEGUIPAH	MASPF, MET, MFP + MEF+ PNUD, BAD, BM.	

N°	Rappel des Objectifs Stratégiques	Activités	Périodes d'exécution	Bénéficiaires Cibles	Partenaires Possibles	Coûts
9.	Promouvoir des activités génératrices de revenus pour personnes handicapées.	27. Mettre en place un fonds de crédit en faveur des personnes handicapées initiatrices des activités génératrices de revenus.	2003-2004	Personnes handicapées et Associations initiatrices de micro-projets générateurs de revenus.	MASPFE, MEF SEC, BM, AMA, Fondation Haramaine.	
10.	Impliquer les communautés à la base (y compris les élus locaux) aux programmes et activités d'intégration sociale des personnes handicapées.	28. Organiser des séances d'appropriation des règles et droits des personnes handicapées.	2003-2005	Communautés à la base, élus locaux, autorités administratives locales, familles à membres handicapés	MASPFE, MEF, OMS, PNUD, UNICEF, AFD, AMA.	

PROGRAMME A MOYEN TERME (2006-2010)

N°	Rappel des Objectifs Stratégiques	Activités	Périodes d'exécution	Bénéficiaires Cibles	Partenaires Possibles	Coûts
2.	Rendre plus opérationnelles les structures (centralisée et déconcentrées) de l'Administration en charge des personnes handicapées.	2. Doter la DNPPS et ses services rattachés en moyens de locomotion de communication, de contrôle et de coordination des actions à entreprendre.	2006	Structure centrale et services rattachés (école des sourds, écoles aveugles, institut des jeunes aveugles de Kankan et C.N.O.	MASPFE, MEF, BM, BAD, PNUD, OMS, etc.	
3.	Améliorer les capacités intervention et les compétences professionnelles des agents et cadres de l'action sociale.	4. Doter les services et agents de terrain des moyens facilitant les déplacements, les contacts et la coordination des actions au niveau local, préfectoral, régional et central.	2006-2007	Structures régionales et préfectorales de l'action sociale.	MASPFE, MEF, BM, etc.	
		6. Accorder des bourses de stage de perfectionnement des agents des structures administratives centrales et déconcentrées.	2006-2009	Responsables et agents d'exécution des structures administratives de l'action sociale.	MASPFE, PNUD, BM, etc.	
		7. Organiser des stages de perfectionnement en faveur des enseignants et/ou agents des structures spécialisées (Ecole des sourds-muets, des aveugles de l'institut des jeunes aveugles de Kankan, du centre national d'orthopédie et centres régionaux de pré éducation fonctionnelle).	2006-2007	Enseignants des différents centres de formation spécialisée existants.	MASPFE, PNUD, UNICEF, UNESCO, IDA (PASE) EPT.	
		8. Organiser les missions d'étude pour les agents fonctionnaires et les représentants des OPH dans le cadre de la coopération sud-sud concernant les personnes handicapées.	2006-2007	Cadres travailleurs des structures administratives de l'action sociale (DNPPS et services rattachés)	MASPFE, BM, IAR, BAD, PNUD.	

		9. Favoriser l'échange d'expériences et le renforcement du partenariat par des participations actives aux rencontres internationales concernant les questions de personnes handicapées.	2006-2010	Cadres responsables au niveau central et régional.	MASPFE, PNUD, IAR, BM, AFD, OMS.	
5.	Conscientiser et sensibiliser l'opinion publique (communautés, familles et personnes victimes de handicap).	15. Organiser et démultiplier des ateliers d'appropriation et de diffusion des règles standards d'égalisation des chances et des droits des personnes handicapées.	2004-2010	Services intervenant dans le domaine des PH, autorités centrales, régionales, préfectorales, communautaires et familiales	MASPFE, MEF, MSP, MATD, OMS, PNUD, AFD, BAD.	
10.	Impliquer les communautés à la base (y compris les élus locaux) aux programmes et activités d'intégration sociale des personnes handicapées.	29. Concevoir et mettre en œuvre des programmes d'habilitation en réadaptation à base communautaire en faveur des familles et parents à membres handicapés.	2006-2009	Elus locaux, familles, parents à membres handicapés et personnes victimes de handicap.	MASPFE, MEF, MATD (PACV) UNICEF, PNUD, USAID, OMS, BM, BAD.	
		31. Mettre en place un fonds d'assistance à la prise en charge des personnes handicapées en faveur des familles.	2007-2010	Parents ou familles en charge de personnes handicapées.	MASPFE, MEF, MATD (PACV), UNICEF, PNUD, USAID, OMS, BM, BAD.	
5.	(suite)	17. Créer, appuyer et maintenir au niveau de la grille de Télévision nationale un temps d'antenne pour les sourds-muets.	2003	Communautés des malentendants, sourds et sourds-muets.	MASPFE, MCC, MEF, HI, AFD et ONG.	
7.	Réduire l'analphabétisme au niveau des personnes handicapées.	19. Instaurer et soutenir le développement du système intégratif au niveau de l'enseignement général.	2003	Enfants handicapés en âge de scolarisation dans le pays.	MASPFE, éducation nationale, IDA, BM, UNICEF, UNESCO, OMS, HI, AFD. IE, etc.	
		20. Assurer la prise en charge des filles handicapées pour leur scolarisation.	2004	Filles handicapées scolarisables.	MASPFE, éducation nationale, UNICEF, BAD, UNESCO.	
8.	Rendre opérationnelle la Fédération Guinéenne pour la promotion des Associations pour personnes handicapées (FEGUIPAH).	24. Assurer la formation de 20 personnes handicapées à la gestion des ressources humaines.	2003-2009	Personnes handicapées en association, groupement, coopératives ou en mutuelles.	MASPFE, HI, PNUD, BAD, OMS, IAR, METFP.	
		25. Doter le Bureau exécutif de la FEGUIPAH en moyens de locomotion de communication, de gestion informatique et de coordination des actions.	2004-2006	Membres du Bureau exécutif/ FEGUIPAH	MASPFE, MEF, HI, OMS, PNUD	

PROGRAMME A LONG TERME

N°	Rappel des Objectifs Stratégiques	Activités	Périodes d'exécution	Bénéficiaires Cibles	Partenaires Possibles	Coûts
2.	Rendre plus opérationnelles les structures (centrale déconcentrées) de l'Administration en charge des personnes handicapées.	3. Améliorer les conditions de travail des cadres et agents par la mise en place d'équipements et d'une infrastructure décente et conforme à leur mission.	2011-2013	Structures centrales et déconcentrées en charge des personnes handicapées du pays.		
3.	Améliorer les capacités d'intervention et les compétences professionnelles des agents et cadres de l'action sociale.	10. Créer et équiper quatre centres de formation et de réinsertion des personnes handicapées.	2012-2016	Personnes handicapées des quatre régions naturelles du pays désirant apprendre un métier.		
4.	Organiser, harmoniser et planifier les divers programmes et projets proposés en faveur des personnes handicapées.	14. Instaurer et appuyer le système de partenariat entre le Ministère en charge des personnes handicapées et les différents intervenants dans le secteur.	2011-2014	Ministère en charge des personnes handicapées et les institutions œuvrant dans le domaine des personnes handicapées.		
5.	Concrétiser et sensibiliser l'opinion publique (communautés, familles et personnes victimes de handicap).	16. Elaborer, traduire, éditer, démultiplier et diffuser le kit des règles standards d'égalisation des chances et des droits des personnes handicapées	2013-2016	Structure, communautés ONG et autres institutions intéressées plus les personnes handicapées elles mêmes.		
7.	Réduire l'analphabétisme au niveau des personnes handicapées	21. Assurer la mise à niveau (alphabétisation fonctionnelle) des jeunes et adultes handicapés non scolarisés.	2003-2017	Personnes handicapées (jeunes et adultes non scolarisés ou déscolarisé) du pays.	MASPFE, éducation nationale, UNESCO UNICEF, PNUD, MEF, ONG, etc.	
		Appuyer et étendre les structures d'enseignement spécialisé au niveau des chefs lieux des régions administratives du pays	2003-2020	Les jeunes ou enfants handicapés des sept régions que compte le pays plus Conakry.	MASPFE, MEF, MUH, autorités régionales, Plan Guinée, PACV.	
8.	Rendre opérationnelle la Fédération Guinéenne pour la promotion des Associations pour personnes handicapées (FEGUIPAH).	23. Doter la Fédération d'un siège social équipé.	2012-2013	Les Associations membres et le Bureau exécutif de la FEGUIPAH.	MASPFE, MUH, UNICEF, UNESCO, Plan Guinée, ONG et Agences de développement.	
10.	Impliquer les communautés à la base (y compris les élus locaux) aux programmes et activités d'intégration sociale des personnes handicapées.	30. Créer et soutenir des mutuelles des familles à membres handicapés	2006-2025	Parents, familles et personnes porteuses de handicap.	MASPFE, MEF, BM, BAD et autres institutions financières.	

LES PERSONNES AGEES

I- Introduction

En Guinée, selon la définition établie par le Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, sont considérées comme personnes âgées, tous les individus dont l'âge est supérieur ou égal à 60 ans. Le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 1996 a permis d'obtenir les données approximatives sur les personnes âgées et leur répartition sur le territoire national. Selon le RGPH, les personnes âgées seraient de l'ordre de 480 831 individus soit approximativement un demi million sur huit millions d'habitants environ que compte la Guinée en 2002, autrement dit 6,25% de sa population totale.

1.1. Contexte Social

La dégradation progressive des conditions de vie des personnes âgées constatée ces dernières années, exige que l'on s'intéresse à eux. Jusqu'à un passé récent, la société guinéenne, comme presque toutes les sociétés africaines, fonctionnait essentiellement sur une base gérontocratique. Les personnes âgées jouissaient d'un statut social privilégié qui leur était reconnu en raison de leur rôle important dans le système de parenté élargi. Elles étaient dépositaires des valeurs ancestrales (pouvoir spirituel) et détenteurs des principaux moyens de production (pouvoir économique).

La reconnaissance de ce statut par les plus jeunes mettait ceux-ci dans l'obligation de leur apporter l'assistance nécessaire au moment de leur vieillesse. Cette obligation était à la fois d'ordre moral et spirituel. Elle émanait d'une croyance traditionnelle selon laquelle, les jeunes ne devaient pas négliger les vieux sous peine d'être sanctionnés par les ancêtres. La religion musulmane qui s'est fortement enracinée dans le pays, en prenant assise sur certaines valeurs traditionnelles compatibles avec sa pratique, a contribué à consolider et perpétuer cette obligation chez les individus et la communauté elle-même. La famille constituait alors le support le plus sécurisant pour les personnes âgées. C'est en son sein que tous leurs besoins étaient satisfaits, qu'il s'agisse de logement, de nourriture, ou de soins de santé. Les personnes âgées étaient entourés ainsi de tous les soins nécessaires à leur vie ; et elles faisaient l'objet d'attention et de considérations particulières de la part de toute la société.

Cependant, depuis quelques années, on observe des changements dans les structures familiales et sociales sous l'effet combiné de l'urbanisation et de la modernisation (l'apparition de la famille nucléaire, l'exode rural, le chômage et la crise économique). Ces phénomènes qui sont inhérents au développement économique ont affecté sérieusement le tissu social et le rôle de la famille dans l'encadrement de ses membres. Les personnes âgées ne sont pas restées en marge de cette évolution sociale. Progressivement, elles sont entrain de perdre les privilèges auxquels elles avaient droit autrefois, ce qui les met du coup, dans une situation inconfortable et complexe. En effet, le processus de modernisation entraînant la modification des structures familiales et des systèmes de valeur rend incertaines la garantie de la sécurité procurée aux personnes âgées par la famille. Le droit d'aînesse dans l'organisation sociale est en train d'être remplacé par les valeurs de compétition et de performance. Cela pourrait conduire à l'affaiblissement, voire à la disparition de la solidarité familiale et communautaire, mettant ainsi en péril l'assistance traditionnelle accordée aux personnes âgées.

Il existe donc une tendance à la dégradation du rôle de la famille dans les soins à apporter aux personnes âgées. La famille est de moins en moins en mesure de répondre aux besoins de ses membres âgés, notamment dans les milieux pauvres des centres urbains, en raison de la précarité des ressources familiales et de la diversité des nombreux autres besoins à satisfaire. Un conflit risque de naître (s'il n'existe déjà) dans le partage de maigres ressources disponibles entre les jeunes (de plus en plus nombreux), les adultes (assez fragilisés économiquement) et les vieillards (dont la vie s'allonge).

Face à cette situation, l'Etat doit nécessairement intervenir pour assurer le relais de la famille dans la gestion des problèmes de vieillissement de la population. De la situation actuelle des personnes âgées en Guinée, se dégagent deux tendances :

1. une dimension humaine qui concerne les conditions de vie des personnes âgées en tant qu'êtres rendus vulnérables par le poids de l'âge ; cette dimension découle de l'obligation morale que la société a d'apporter à ses personnes les soins et services nécessaires à la continuation de leur vie ;
2. une dimension économique relative à l'impact que l'accroissement du nombre de personnes âgées pourrait avoir sur le développement économique et social du pays surtout lorsque celles-ci sont prises en charge par l'Etat à travers la pension de retraite ou par d'autres actions et services fournis par la communauté (logement, nourriture, santé,...). Cette deuxième dimension est amorcée, mais elle n'est pas encore préoccupante, compte tenu du faible poids numérique des personnes âgées dans la population totale.

1.2. Contexte économique

Le souci du gouvernement d'assurer le développement social national est exprimé dans plusieurs textes administratifs et législatifs réglementant la vie de la société guinéenne, tels que : la loi fondamentale, le code civil, le code de travail, le code de sécurité sociale. C'est à partir de 1985 qu'une attention particulière a été accordée à la situation des personnes âgées en Guinée avec l'engagement du pays sur la voie du libéralisme économique. Le Programme de Redressement Economique et Financier (PREF) conclu avec le Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale a eu des effets néfastes sur les couches vulnérables de la population que sont les femmes, les enfants et les personnes âgées.

Ces couches sociales ont été particulièrement touchées par la série de mesures prises dans le cadre du dégraissage de la Fonction Publique notamment : la mise en disponibilité des travailleurs des entreprises d'Etat fermées, la mise à la préretraite des travailleurs dont l'âge était avancé ou qui avait servi plus de 25 ans, l'incitation au départ volontaire, l'organisation de tests d'évaluation pour la sélection des travailleurs, le gel du recrutement à la Fonction Publique.

Les victimes de ces mesures étaient principalement les personnes d'âges avancés qui se sont brutalement retrouvées au chômage. Ces personnes ont eu du mal à s'adapter aux nouvelles exigences du marché de l'emploi, largement envahi par de jeunes cadres à la recherche du premier emploi. La perte d'emploi pour ces individus signifiait une diminution des ressources disponibles dans leurs ménages et chez les personnes qui comptaient sur leurs revenus.

De nos jours, l'attentisme et la morosité des affaires ne favorisent pas le recrutement des personnes âgées qui certes, ont beaucoup d'expériences, mais n'arrivent pas à s'adapter au rythme de travail dans un monde en perpétuel changement.

1.3. Contexte politique

La gestion des personnes âgées relève du Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance (MASPFE). Ce département est chargé entre autres de «l'élaboration et de la mise en œuvre d'une politique nationale de promotion et de protection sociale, en faveur des couches les plus vulnérables de la population». Cette mission est confiée à la Direction Nationale de la Promotion et de la Protection Sociale, représentée dans chaque Région administrative et chaque Préfecture par la «Section Famille».

Cependant, malgré les efforts louables fournis par le Gouvernement en matière de promotion et de protection sociale des couches vulnérables de la population (y compris les personnes âgées), l'inexistence d'une politique nationale explicite en la matière est un handicap qui limite la portée des actions entreprises. La politique de l'action sociale adoptée en 1997, définit les situations d'urgence et détermine les actions à entreprendre en faveur des personnes en détresse. Parmi elles figurent les personnes âgées.

La politique sociale de la Guinée repose sur un ensemble de dispositions administratives et juridiques que le gouvernement a mis en place dans le but d'assurer la protection sociale des citoyens en général et des travailleurs en particulier. Le droit à la santé et la sécurité sur le lieu de travail et le droit individuel à la protection sociale sont régis par le Code civil, le Code de travail et le Code de sécurité sociale.

Le bénéfice de la pension vieillesse est accordée seulement aux travailleurs des secteurs privé et mixte inscrits à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale. Ceux du secteur public sont régis par le statut général de la Fonction Publique. Les militaires, paramilitaires, anciens combattants et victimes de guerre ont droit à la pension de retraite. Malheureusement, on constate que la grande majorité des travailleurs guinéens n'ont pas de protection sociale adéquate parce qu'ils sont soit des contractuels (exerçant des activités à temps partiel, ou des travailleurs indépendants des secteurs agricole et informel, non inscrits à la Sécurité Sociale. Ainsi très peu de travailleurs bénéficient de la pension dans le pays.

Le développement des ONG, suite à l'adoption du libéralisme économique a permis à beaucoup de personnes âgées de constituer des ONG à travers lesquelles, elles assurent leur auto promotion économique et sociale et la défense de leurs intérêts auprès de l'Etat.

2. Importance des personnes âgées dans la population

Le recensement de 1996 a dénombré 480.831 individus dont l'âge est égal ou supérieur à 60 ans. Ces individus représentent 6,7% de la population résidente totale du pays. Ils sont inégalement répartis entre les régions et entre le milieu urbain et le milieu rural. Au plan régional, c'est en Moyenne Guinée qu'on dénombre le plus de personnes âgées (30,7%) et en Basse Guinée le moins (19,4%). Du fait de son caractère essentiellement urbain, Conakry regroupe très peu de personnes âgées (6,3%).

Par ailleurs, la grande majorité des personnes âgées vit en milieu rural aussi bien dans l'ensemble du pays (83,1%) que dans chacune des régions naturelles (94,5% en Moyenne Guinée ; 86,7% en Basse Guinée ; 85,4% en Haute Guinée et 85,1% en Guinée Forestière).

S'agissant de la répartition par sexe, on ne note pas d'écart significatif entre l'effectif des hommes et celui des femmes, quel que soit le milieu ou la région naturelle de résidence. Dans l'ensemble du pays, les femmes représentent 51,4% de l'effectif de la population âgée, ce qui correspond à un rapport de masculinité de 94 hommes pour 100 femmes. Cette supériorité numérique des femmes est également observée en milieu rural et en milieu urbain, avec un rapport de masculinité respectivement égal à 97 et 94 hommes pour 100 femmes.

Au plan régional, c'est seulement en Basse Guinée (94) et en Moyenne Guinée (81) que le rapport de masculinité est inférieur à 100. La raison du surnombre de femmes âgées se trouve dans le fait que ces deux régions (particulièrement la Moyenne Guinée) sont des zones de forte émigration masculine. En Haute Guinée (103) et en Guinée Forestière (102) par contre, le surnombre d'hommes pourrait résulter des mouvements migratoires (immigration) que l'exploitation de l'or et du diamant occasionne en Haute Guinée depuis les temps anciens. On peut l'attribuer aussi au commerce florissant et à l'arrivée des réfugiés libériens et sierra léonais en Guinée Forestière.

A Conakry, le rapport de masculinité est particulièrement élevé (114) du fait probablement de l'immigration dans la capitale qui toucherait plus les hommes que les femmes.

2.1. Accroissement de l'effectif des personnes âgées entre les deux recensements de 1983 et 1996

La comparaison des données du recensement de 1996 à celles de 1983 montre qu'au cours de la période intercensitaire (1983-1996), l'effectif de la population des personnes âgées est passé de 353.391 individus en 1983 à 480.831 en 1996, soit une augmentation de 127.440 personnes. Cette augmentation correspond à un taux d'accroissement annuel moyen de 2,4%. Comparé au rythme d'accroissement de l'ensemble de la population qui est de 3,1%, ce taux peut paraître faible. Mais les implications socio-économiques qu'il entraîne, peuvent être importantes en terme de nouveaux besoins à satisfaire. En effet, il s'agit pour le pays de faire face chaque année à une augmentation de la demande en assistance sociale (logement, nourriture, soins de santé, etc.) pour les personnes âgées, due à l'accroissement de leur effectif. Par ailleurs, à ce rythme d'accroissement, la population des personnes âgées doublera en 29 ans.

La population âgée a plus que doublé en milieu urbain, passant de 36.590 individus en 1983 à 81.389 individus en 1996, soit un taux d'accroissement de 6,3%. Si ce rythme était maintenu, la population urbaine des personnes âgées doublera en 11 ans, alors que celle du milieu rural qui croît au taux de 1,8% doublera en 39 ans. Cet écart proviendrait essentiellement de la différence du niveau de mortalité dans les deux milieux, étant donné que l'espérance de vie est de 55,9 ans en milieu urbain contre 53,4 ans en milieu rural.

La population des personnes âgées de Conakry s'est accrue de manière particulièrement rapide au cours de la période 1983-1996. Avec un taux d'accroissement annuel moyen de l'ordre de 7%, cette population a plus que doublé en 13 ans, passant de 12.441 à 30.053 individus. A cette allure, l'effectif des personnes âgées doublera tous les 10 ans dans la capitale.

Par ailleurs, on note qu'au cours de la période intercensitaire, l'effectif de la population âgée a augmenté dans toutes les régions naturelles, mais à un rythme inégal à cause de l'immigration interne et aussi de l'arrivée massive des réfugiés Libériens et Sierra Léonais. La Guinée Forestière a connu la plus forte expansion démographique de la population âgée entre 1983 et 1996. Cette expansion démographique qui est de 40.450 individus correspond à un taux d'accroissement annuel moyen de 3,6%. Avec ce rythme d'accroissement, la Guinée Forestière enregistre ainsi le temps de doublement de la population âgée le plus court de toutes les régions (19 ans). L'accroissement est relativement modeste dans les autres régions naturelles. Le taux annuel moyen observé varie de 1,4% en Haute Guinée à 2,4% en Basse Guinée, et ne dépasse guère 1,5% en Moyenne Guinée. Il découle de cette situation, que le temps de doublement de la population est de 49 ans pour la Haute Guinée, 45 ans pour la Moyenne Guinée et de 29 ans pour la Basse Guinée.

2.2. Structure par âge et par sexe des personnes âgées

La répartition des personnes âgées par âge et par sexe selon le tableau ci-après, montre une décroissance rapide de l'effectif de la population en fonction de l'âge, sous l'effet de la mortalité dont le niveau augmente parallèlement avec l'âge. Evidemment ce phénomène justifie le rétrécissement accentué du sommet de la pyramide des âgées de la population, aussi bien de l'ensemble du pays que du milieu rural et du milieu urbain.

Par ailleurs, quel que soit le sexe ou le milieu de résidence considéré, la majeure partie de personnes âgées se situe entre 60 et 80 ans (83%). Les centenaires (personnes dont l'âge est égal ou supérieur à 100 ans) ont une part négligeable parmi cette population (moins de 1%).

S'agissant de la répartition par sexe, le rapport de masculinité est, dans l'ensemble, de 94 hommes âgés pour 100 femmes âgées. Aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, le rapport de masculinité est favorable aux femmes. Il est légèrement plus élevé en milieu urbain (97 hommes pour 100 femmes) qu'en milieu rural (94 hommes pour 100 femmes).

Au plan régional, si en Basse Guinée et en Moyenne Guinée particulièrement, le rapport de masculinité est défavorable aux hommes, avec respectivement 94 et 81 hommes âgés pour 100 femmes, en Guinée Forestière, en Haute Guinée et à Conakry par contre, les hommes sont en surnombre par rapport aux femmes.

Les courbes des rapports de masculinité du milieu rural et de l'ensemble du pays sont presque identiques à tous les âges, du fait du poids important de la population rurale dans la population totale à chaque tranche d'âge. La courbe du milieu urbain traduit l'important déficit d'hommes âgés en ville à partir de 70 ans. En milieu rural, la prédominance des hommes est prononcée à partir de 85 ans.

2.3. Etat matrimonial des personnes âgées

Même si les veufs et les veuves sont nombreux parmi les personnes âgées (25%), celles-ci sont pour la plupart mariées (69%). Toutefois, la situation matrimoniale de vieilles personnes est très variable suivant le sexe. Ainsi, près de la moitié des femmes âgées est veuve (45%) contre à peine 5% des hommes âgés. Entre les régions, l'état matrimonial est très variable également. La Haute Guinée et la Guinée Forestière s'écartent considérablement des autres régions avec respectivement 51% et 55% de veuves. Comme attendu, le divorce est rare chez les personnes âgées.

Le mariage polygamique est relativement répandu en Guinée (36% des hommes mariés sont polygames). Mais ce type de mariage est davantage pratiqué par les personnes âgées, certainement à cause du lévirat qui est courant parmi cette catégorie de la population. Plus de la moitié (52,2%) des hommes âgés de 60 ans et plus sont mariés à plus d'une épouse. Contrairement à ce que l'on pourrait attendre, les polygames se rencontrent plus parmi les citadins (54,1%) que parmi les ruraux (51,8%).

La plupart des polygames comptent deux femmes ; on en rencontre plus en milieu rural (62,1%) qu'en milieu urbain (57,5 %). Cependant, les polygames de trois femmes ou plus ne sont pas négligeables. On les dénombre surtout dans les centres urbains et beaucoup moins à la campagne.

Au plan régional, on note peu de différence, sauf dans le cas de la Guinée Forestière où la polygamie est beaucoup moins pratiquée qu'ailleurs (38%). Cela est probablement dû à l'effet du Christianisme plus présent dans cette région.

2.4. Alphabétisation et niveau d'instruction des personnes âgées

Avec un taux d'analphabétisme de 91,6%, les personnes âgées sont le plus frappées par ce phénomène. Il s'agit en fait d'un problème de génération qui affecte beaucoup plus les anciennes que les jeunes, l'expansion de la scolarisation étant relativement récente en Guinée.

Comme attendu, l'écart entre les deux sexes est relativement important, avec un avantage très marqué pour les hommes, quel que soit le milieu de résidence ou la région. Globalement cependant, le taux d'analphabétisme varie peu entre les régions, mais beaucoup plus entre les milieux de résidence avec naturellement un avantage pour le milieu urbain, et donc pour Conakry.

Comme attendu, le niveau d'instruction des personnes âgées est extrêmement faible et ne dépasse généralement pas le primaire. L'insuffisance des infrastructures scolaires et les considérations socioculturelles défavorables à la scolarisation qui prévalaient au moment de la jeunesse de ces personnes expliqueraient cette situation. Seulement 3,2% des personnes âgées sont instruites (tableau) alors que pour l'ensemble de la population de 10 ans et plus, cette proportion est de 64%. Comme pour l'alphabétisation, les hommes sont en meilleure position que les femmes et les citadins plus avantagés que les ruraux. L'inégalité entre les régions en matière d'instruction est peu marquée chez les personnes âgées.

En conclusion, les personnes âgées n'ont pas eu le minimum d'instruction requis pour pouvoir participer pleinement à l'activité dans le secteur moderne de l'économie ; ce qui leur aurait fait bénéficier d'une pension de retraite décente durant leurs vieux jours. Les femmes sont plus victimes de cette pénible situation, qui fait généralement des personnes âgées, une charge pour leurs familles et pour leurs enfants.

2.5. Activités économiques des personnes âgées

Les personnes âgées sont théoriquement classées à l'intérieur de la population inactive parce que n'appartenant pas au groupe d'âge dit « actif » (15-64 ans). La participation à l'activité économique de la population âgée, supposée négligeable, ne semble pas affecter de manière significative le calcul du taux global d'activité. Dans le contexte guinéen où l'activité est à la fois précoce et tardive, il est intéressant d'étudier la participation des personnes âgées à l'activité économique.

Le recensement révèle qu'environ 58% de cette catégorie de la population est active. La presque totalité de ces individus (57,3%) avaient une occupation au moment du recensement de 1996. Toutefois, les opportunités de travailler sont plus grandes chez les personnes âgées vivant en milieu rural (60,5%) que chez leurs homologues du milieu urbain (40,6%). La prédominance des activités du secteur primaire traditionnel (agriculture, élevage, pêche, et artisanat) permet aux personnes âgées de rester plus longtemps dans le processus économique en milieu rural. En milieu urbain, l'emploi des personnes âgées est limité par la législation du travail et par la compétition avec des jeunes de plus en plus nombreux et mieux qualifiés sur le marché de l'emploi.

Les personnes âgées inactives représentent 42,1% de la population âgée. Elles sont principalement constituées par des personnes qui ne travaillent pas pour des raisons de maladie, de handicap, de vieillesse ou autre. On les rencontre beaucoup plus en milieu urbain (57,7%) qu'en milieu rural (39,1%).

Les retraités ne sont pas nombreux dans le pays (2,1%). Ils se trouvent essentiellement dans les villes. Quant aux femmes au foyer âgées, elles représentent 8,5% de la population âgée totale. Elles sont un peu plus nombreuses dans la population urbaine que parmi les femmes rurales, du fait de la participation de ces dernières aux travaux agricoles.

L'activité des personnes âgées présente par ailleurs beaucoup de disparités entre les régions. Le taux d'activité le plus élevé est enregistré en Guinée Forestière (67%) et le plus bas en Moyenne Guinée (55%).

La différence par sexe montre qu'aux âges élevés, les hommes sont nettement plus actifs que les femmes. Dans l'ensemble du pays, près de trois hommes âgés sur quatre (74,9%) sont des actifs. En milieu rural, le taux d'activité des hommes âgés atteint 77,2% contre 63,1% en milieu urbain. Contrairement aux hommes, les femmes âgées ne semblent pas très actives. Moins d'une femme sur deux (41,8%) est active dans l'ensemble du pays. Cette baisse du niveau de participation des femmes à l'activité économique sous l'effet de l'âge est constatée même en milieu rural où l'on relève un taux d'activité féminine de 45,5%. En milieu urbain, le taux de participation des femmes est particulièrement faible (22,4%).

S'agissant des secteurs d'activité, le secteur primaire (agriculture, élevage et pêche) est globalement le plus sollicité. En effet, 87,8% des personnes âgées travaillent dans ce secteur.

La répartition par sexe montre que les femmes sont légèrement plus représentées que les hommes dans ce secteur dans l'ensemble du pays (89% de femmes contre 86,5% d'hommes) ; en milieu rural le niveau de participation des femmes et des hommes est presque identique (94,6% pour les femmes contre 94,1% pour les hommes). En milieu urbain, la participation aux activités du secteur agricole est comme attendu faible.

Environ un tiers des actifs occupés de 60 ans et plus (33%) y est employé avec une prédominance des hommes (35,1% contre 27,5% des femmes).

La proportion de personnes âgées occupées dans le secteur secondaire est très faible. Elle est toutefois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural, avec, dans chaque milieu une prépondérance des hommes.

L'emploi des personnes âgées dans le secteur tertiaire est globalement faible (9,8%), avec cependant une part beaucoup plus importante en milieu urbain (59%) qu'en zone rurale. En ville comme à la campagne, les femmes sont beaucoup plus représentées dans ce secteur que les hommes.

S'agissant du statut dans l'emploi, on compte beaucoup plus d'indépendants que de salariés ou d'employeurs (83% dans l'ensemble). Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes dans ce statut, aussi bien en ville qu'à la campagne.

En définitive, le recensement de 1996 montre que les personnes âgées participent à un niveau appréciable à l'activité économique du pays, contrairement à ce qu'on aurait pu attendre. Cette participation est plus importante en milieu rural, à cause de la prédominance du secteur primaire, qu'en milieu urbain. La participation des hommes et des femmes est inégale, d'une part, en fonction du milieu de résidence, et, d'autre part, en fonction des secteurs et des branches d'activité.

2.6. Importance du nombre de ménages dirigés par les personnes âgées

Sur un total de 1.051.203 ménages recensés dans l'ensemble du pays, 234.781 sont dirigés par des personnes dont l'âge est égal ou supérieur à 60 ans, soit un peu plus d'un cinquième (22,3%) de l'effectif total des ménages. Ces ménages sont, dans leur grande majorité, localisés en milieu rural (82,5%) et dirigés par des hommes (82,3%). La distribution de ces ménages par région est relativement homogène car, la proportion varie entre 18,6% en Haute Guinée et 20,7% en Basse Guinée. Toutefois en Moyenne Guinée, cette proportion atteint 34,2% certainement à cause de la migration des jeunes de cette région.

Le poids des ménages dirigés par les personnes âgées varie sensiblement suivant le milieu de résidence et les régions (tableau). En milieu rural, un peu plus d'un ménage sur quatre (26%) a pour chef une personne âgée ; cette proportion est deux fois moins importante en milieu urbain (13%).

Au plan régional, c'est en Moyenne Guinée qu'on compte proportionnellement le plus de ménages dirigés par les personnes âgées (29%) et la proportion la moins élevée est enregistrée en Guinée Forestière (20%). Du fait de l'urbanisation, les ménages dirigés par des personnes âgées sont très peu représentés à Conakry (moins de 10%). Par ailleurs, la répartition par sexe montre, comme attendu, que le poids des ménages dirigés par les femmes âgées est très inférieur à celui de ceux dirigés par les hommes (4% contre 18%).

Comme attendu, on observe un écart considérable du taux de chefs de ménage âgés entre les deux sexes en faveur des hommes, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural et dans toutes les régions. On note par ailleurs, pour chaque sexe, l'inégalité du taux de chefs de ménage entre ville et campagne d'une part, et entre les régions d'autre part. Ces différences sont aussi observées à Conakry (tableau). Le taux de chefs de ménage est plus élevé en ville (50,5%) qu'en zone rurale (48,5%).

Au niveau régional, c'est la Moyenne Guinée qui présente le taux le plus élevé (54%) et la Guinée Forestière le moins élevé (43%). Le rapport de masculinité des chefs de ménages âgés est très favorable aux hommes : on compte globalement 4,6 hommes chefs de ménages pour une femme. Ce rapport varie sensiblement entre la ville et la zone rurale où on compte respectivement 3,5 et 5,0 hommes pour une femme chef de ménage. Il varie aussi entre les régions avec le rapport le plus élevé en Haute Guinée (10,8) et la faible en Moyenne Guinée.

Dans leur grande majorité, les chefs de ménages âgés sont mariés. Toutefois, les hommes le sont bien plus que les femmes. Chez ces dernières, ce sont les veuves qui sont généralement chefs de ménages (56% contre 40% de mariées). Les proportions de chefs selon l'état matrimonial varient peu entre les deux milieux de résidence. Mais, elles varient beaucoup plus entre les régions, quel que soit le sexe.

La Guinée Forestière détient la plus forte proportion de veuves chefs de ménages âgés (72%) et la plus faible proportion d'hommes chefs de ménages mariés (89%).

La taille moyenne des ménages dirigés par des personnes âgées est très élevée ; elle est de 8,3 personnes et dépasse nettement celle de l'ensemble des ménages du pays évaluée à 6,8 personnes. Elle varie sensiblement entre les régions.

A cause de l'influence de la migration, la taille des ménages est évidemment plus élevée en milieu urbain (9,2 personnes) qu'en milieu rural (7,3 personnes). Au plan régional, la Haute Guinée a la plus grande taille de ménage (10,1 personnes) suivie de la Basse Guinée et la Guinée Forestière (respectivement 7,7 personnes et 7,1 personnes). C'est en Moyenne Guinée qu'on trouve la plus faible taille (5,9 personnes). Les ménages dirigés par des personnes âgées sont particulièrement grands à Conakry, avec en moyenne 10,1 personnes.

Par ailleurs, quel que soit le milieu ou la région naturelle de résidence considérée, la taille moyenne des ménages dirigés par les hommes âgés est plus grande que celle des ménages dont le chef est une femme âgée. Dans l'ensemble du pays, la taille moyenne des ménages dirigés par les hommes âgés est pratiquement le double de celle des ménages dirigés par les femmes (8,3 personnes contre 4,2 pratiquement). Elle est de 10 personnes contre 6,3 personnes en milieu urbain et 8 personnes contre 3,6 personnes en milieu rural. On observe à peu près le même écart entre les deux sexes dans les régions. La plus grande taille des ménages dirigés par les femmes (7,7 personnes) est enregistrée à Conakry.

2.7. Conditions d'habitation des personnes âgées

Le recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1996 a permis de recueillir des informations sur les caractéristiques des ménages notamment sur les conditions d'habitation (mode d'occupation du logement et nombre de pièces habitées) et la disponibilité de certaines commodités indispensables.

Généralement, les chefs de ménages âgés habitent dans leur propres maisons. Ainsi, dans l'ensemble du pays, environ neuf chefs de ménage âgés sur dix (92,9%) sont propriétaires de leur logement aussi bien dans les villes que dans les campagnes ; ce constat est valable pour les ménages dirigés par les hommes comme ceux dirigés par les femmes. Toutefois, cette proportion varie légèrement en milieu urbain et en milieu rural, en fonction du sexe du chef de ménage. En ville, la proportion des ménages dirigés par les hommes propriétaires est inférieure à celle des ménages dirigés par les femmes et c'est l'inverse qu'on observe en milieu rural. Comme attendu, la promotion de locataires n'est importante qu'en milieu urbain (18%) et pratiquement insignifiante en milieu rural (moins de 1%).

Dans toutes les régions, c'est le statut de propriétaire qui prédomine, avec quelques légères différences. La proportion passe du 91% en Guinée Forestière à 99% en Moyenne Guinée. Du fait de l'urbanisation, la proportion de locataires est relativement élevée à Conakry (30%) et celle des propriétaires relativement faible (58%).

Dans l'ensemble, les logements de petite taille sont les plus répandus parmi les ménages dirigés par les personnes âgées. Ainsi, 41% des ménages occupent des logements d'une ou deux pièces, 59% occupent des logements de moins de quatre pièces. La taille des logements est très variable suivant le sexe et le milieu de résidence. Alors que les ménages dirigés par les femmes occupent majoritairement les logements

de moins trois pièces (68,5%) de logements de moins de trois pièces), ceux dirigés par les hommes vivent surtout dans des logements de grande taille (45% de logements de quatre pièces ou plus). Cette situation est beaucoup marquée en milieu urbain que dans les zones rurales. C'est dans les villes qu'on dénombre plus de ménages dont les logements comportent cinq pièces ou plus (37,7%).

La taille moyenne des ménages plus élevée en milieu urbain (9,2 personnes) par rapport au milieu rural (7,6 personnes) serait à la base de cette démarcation.

La distribution des ménages selon le nombre de pièces habitées dans les régions naturelles révèle des écarts importants entre celles-ci. La Moyenne Guinée et la Guinée Forestière se démarquent des deux autres régions par la prédominance des logements de petite taille. En effet, on trouve dans ces deux régions surtout des logements d'une ou deux pièces où vivent respectivement 54% et 42% de ménages. A l'inverse, en Basse Guinée et en Haute Guinée, on dénombre plus des logements de grande taille, avec 37% de logements de cinq pièces ou plus dans chacune de ces régions. A Conakry, il existe presque autant de logements de petite taille (37%) que ceux de grande taille (35%).

Accès à l'eau : comme pour l'ensemble des ménages du pays, les eaux de surface et le puits ordinaire constituent les principales sources d'approvisionnement en eau des ménages dirigés par les personnes âgées. Environ sept ménages sur dix (70,3%) s'alimentent en eau à l'aide de ces deux sources. Le forage est une source secondaire qui ne concerne que 18% de ménages. L'eau de robinet ou d'une source aménagée n'est consommée que par 4,7%.

Si dans les centres urbains, les puits ordinaires (55%) et, dans une moindre mesure, le robinet (36%) constituent les sources les plus utilisées, en zone rurale les ménages s'alimentent principalement dans les cours d'eau (47%) et les puits ordinaires (26%). Les ménages des personnes âgées sont plus favorisés en ville en matière d'alimentation en eau, que ceux vivant à la campagne. Il n'existe pas de différence significative dans ce domaine en fonction du sexe du chef de ménage, quel que soit le milieu de résidence.

L'alimentation en eau présente des disparités régionales importantes. En Basse Guinée, Moyenne Guinée et Guinée Forestière, avec respectivement 72%, 71% et 63% de ménages, les eaux de surface et le puits sont les principales sources d'eau. En Haute Guinée, ce sont les puits et les forages (72%).

Du fait du développement urbain, le robinet est la principale source d'approvisionnement en eau à Conakry. Toutefois, cette source n'est utilisée que par 65,5% des ménages. Plus d'un tiers des ménages ayant des chefs âgés de la capitale (31,7%) utilise l'eau de puits, peut-être à cause du coût élevé de l'eau courante ou de l'inaccessibilité aux installations de la Société d'Exploitation des Eaux de Guinée (SEEG) qui ne couvrent pas encore tous les quartiers.

Type de lieu d'aisance : en milieu rural dans l'ensemble, la nature est le principal lieu de rejet des déchets fécaux. Mais elle est beaucoup plus utilisée en zone rurale (61% de ménages). En ville, les ménages utilisent surtout des latrines, (54%) et la fosse sommaire (28%). Dans les deux milieux de résidence, on n'observe pas de différence notable entre les ménages dirigés par les hommes et ceux dirigés par les femmes. En revanche, il existe des différences importantes entre régions. Les plus défavorisées sont la Moyenne Guinée et la Guinée Forestière avec respectivement 78% et 63% des ménages qui rejettent les déchets fécaux dans la nature. A Conakry, du fait de l'urbanisation, les WC (25%) et les latrines (68%) sont les types de lieu d'aisance les plus utilisés.

Cette situation est déplorable, car l'utilisation de la nature et de la fosse sommaire comme principaux types de lieu d'aisance par les membres des ménages dirigés les personnes âgées expose ceux-ci à des risques élevés de pollution de leur environnement. Les déchets fécaux peuvent infecter les eaux de ruissellement et les eaux souterraines et menacer la santé des populations. Cette situation serait en partie à l'origine de la forte prévalence des maladies diarrhéiques dans pays en saison des pluies.

3. Conclusion

L'analyse des caractéristiques des personnes âgées à partir des données du recensement de 1996 a permis de connaître les principales caractéristiques de cette catégorie de la population.

S'agissant des caractéristiques démographiques, les personnes âgées représentent moins de 10% de la population totale et se composent pour plus de la moitié de femmes (51%) à l'image de la population totale. Elles vivent majoritairement en milieu rural (82%) et sont par ailleurs inégalement répartis entre les régions. La population âgée croît à un rythme inférieur à celui de la population totale (2,2% contre 3,1%); mais toutefois ce rythme atteint 6,4% à Conakry.

Au plan éducatif, la population âgée est essentiellement analphabète (91,6%). L'analphabétisme touche cependant plus les femmes âgées que les hommes, et plus la population rurale qu'urbaine.

Sur le plan socio-économique, le niveau d'activité des personnes âgées est appréciable, avec un taux d'activité supérieur à 50%. Comme attendu, leur activité concerne principalement le secteur primaire, surtout l'agriculture, ce qui en fait essentiellement des actifs indépendants.

Le poids des chefs de ménages âgés est relativement élevé, ceux-ci représentent plus d'un cinquième des ménages. Les ménages dirigés par les personnes âgées ont une taille particulièrement élevée, supérieure à la moyenne de l'ensemble des ménages.

Concernant les conditions d'habitat, les chefs de ménage âgés sont majoritairement propriétaires de leurs habitations et celles-ci sont souvent de petite taille. Certes, la proportion des logements de grande taille n'est pas négligeable. Les eaux de surface et les puits ordinaires sont les principales sources d'approvisionnement en eau des ménages dirigés par les personnes âgées. Par ailleurs la nature est le lieu d'aisance le plus utilisé par les ménages dirigés par les personnes âgées.

Bien que très importantes, ces informations ne suffisent pas à elles seules pour appréhender les multiples dimensions de la situation des personnes âgées en Guinée. Elles reflètent cependant la précarité des conditions de vie des personnes âgées.

Compte tenu de leurs caractéristiques, de la précarité de leurs conditions de vie et du taux d'accroissement relativement élevé de cette catégorie de la population, des études approfondies sont nécessaires pour mieux connaître les problèmes des personnes âgées liés à ces différents facteurs, en vue de les prévenir ou de les atténuer. Par ailleurs, la mise en œuvre de programmes spécifiques ou sectoriels en direction des personnes âgées et de leurs ménages s'avère indispensable pour éviter l'éclosion de problèmes sociaux que pose cette sous-population.

4. Contraintes à l'épanouissement des personnes âgées

En Guinée, cette frange de la population disposant de capacité intellectuelle appréciable avec des moyens limités, serait d'un apport remarquable du point de vue d'encadrement de la jeune génération de fonctionnaires aussi bien dans les centres d'éducation de base que dans les structures communautaires de développement. Malgré cette large possibilité de réinvestissement et de revalorisation des capacités physiques et intellectuelles de cette catégorie sociale par des initiatives incitatives, de nos jours, ces individus sont des laissés pour compte. Ce faisant, leur effort se résume à la simple initiative de création d'associations peu ou pas du tout soutenues par un quelconque mécanisme financier de l'Etat. A cette action de libre initiative s'ajoute l'attente et la réception des pensions de retraite.

C'est pourquoi, il apparaît imperium d'entreprendre des stratégies ou de mettre en place une politique favorable au vieillissement en Guinée.

Ainsi, pour répondre aux préoccupations d'équité et de justice sociale nécessaire à l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées, le gouvernement, à travers le Ministère en charge de cette catégorie sociale, appuyé par les ONG, les agences, les institutions internationales spécialisées et les partenaires au développement, doit pouvoir opter pour un certain nombre d'activités à mener à travers des objectifs stratégiques précis et réalistes.

5. Actions à mener en faveur des personnes âgées

Les actions à mener seront axées sur six (6) objectifs stratégiques issus de l'analyse diagnostic de la situation des personnes âgées et du contexte général du pays :

1. améliorer les capacités d'intervention et les compétences professionnelles des structures publiques chargées des personnes âgées en milieu rural ;
2. assurer la promotion et la protection des personnes du 3^{ème} âge tant en milieu urbain qu'en milieu rural ;
3. mettre en place des mécanismes d'assistance aux personnes âgées retraitées des milieux urbains et ruraux ;
4. renforcer les mécanismes familiaux traditionnels de prise en charge des personnes âgées non retraitées dans les milieux ruraux ;
5. concevoir, étendre et développer une politique nationale de protection et de couverture sociale des populations ;
6. promouvoir la politique de construction-location-vente. Autour de ces objectifs stratégiques, pourront être initiées et mises en œuvre les activités ci-dessous proposées.

- *Objectif stratégie 1*

Améliorer les capacités d'intervention et les compétences professionnelles des structures publiques chargées des personnes âgées.

Activité 1 : former 10 formateurs de travailleurs sociaux chargés d'assistance auprès du 3^{ème} âge.

- a)- bénéficiaires : cadres de la structure centrale de la DNPPS et du MASPFE ;
- b)- moyens d'actions : gouvernement guinéen (MASPFE, METFP, MEFP, MSP), FNUAP, BIT et Missions Diplomatiques.

Activité 2 : assurer la formation de 40 agents sociaux (assistants sociaux) en technique d'assistance aux personnes âgées.

- a)- bénéficiaires : les cadres agents des structures déconcentrées de la DNPPS (niveau régional et/ ou préfectoral).

- b)- moyens d'actions : gouvernement guinéens (MASPF, METFP, Gouvernorat, MSP), FNUAP, BIT et Missions Diplomatiques

- Objectif stratégique 2 :

Assurer la promotion et la protection des personnes du 3^{ème} âge en milieu urbain et en milieu rural.

Activité 1 : réaliser une étude sur les conditions socio-économiques des personnes âgées en Guinée.

- a)- bénéficiaires cibles : gouvernement guinéen (MASPFE, service pension, CNSS, DNPPS, DNS), associations et ONG s'occupant des personnes âgées ou des retraitées.
- b)- moyens d'action : gouvernement guinéen (MASPFE, MEF, SE/PCI), PNUD, BIT, FNUAP, Plan Guinée.

Activité 2 : élaborer la politique nationale et les textes législatifs et réglementaires sur le vieillissement en Guinée.

- a)- personnes âgées et retraitées des milieux urbains et ruraux.
- b)- moyens d'actions : gouvernement guinéen (MASPFE, MTFP, MEF), Société Civile, Assemblée Nationale, Présidence de la République, BIT.

Activité 3 : créer et équiper 8 centres de géronto - gériatrie pour les personnes âgées.

- a)- bénéficiaires : personnes âgées et retraitées des milieux urbains et semi-urbains.
- b)- moyens d'action : gouvernement guinéen (MASPFE, MEF, MUH, MATDS), ONG et Société Civile, BIT, FNUAP.

- Objectif stratégique 3 :

Mettre en place des mécanismes d'assistance aux personnes âgées, retraitées des milieux urbains et ruraux.

Activité 1 : créer un fonds d'assistance aux familles des personnes âgées déshéritées sinistrées, déplacées.

- a)- familles d'accueil ou gestionnaires des victimes, personnes directement intéressées.
- b)- moyens d'action : gouvernement guinéen (MASPFE, MEF, MPCI, MATDS), agences et ONG, Société Civile.

- Objectif stratégique 4 :

Renforcer les mécanismes familiaux traditionnels de prise en charge des personnes âgées non retraitées dans les milieux ruraux.

Activité 1 : mettre en place un fonds d'appui à la création et au fonctionnement des coopératives artisanales pour personnes âgées.

- a)- bénéficiaires : personnes âgées non retraités des milieux ruraux
- b)- moyens d'action : gouvernement guinéen (MASPFE , MATDS, MEF), ONG, FNUAP, PNUD, BIT.

Activité 2 : appuyer la création et le fonctionnement des mutuelles de santé pour personnes âgées des milieux ruraux.

- a)- bénéficiaires : personnes âgées non retraités des milieux ruraux
- b)- moyens d'action : gouvernement guinéen (MASPFE, MATDS, MEF), ONG, Plan Guinée, FNUAP.

- Objectif stratégique 5

Concevoir, étendre et développer une politique nationale de protection et de couverture sociale des populations.

Activité 1 : réaliser une étude sur la couverture sociale destinée aux personnes du 3^{ème} en Guinée.

- a)- bénéficiaires : population guinéenne du 3^{ème} âge
- b)- moyens d'action : gouvernement guinéen et partenaires au développement.

Activité 2 : réviser le code de sécurité sociale

- a)- bénéficiaires : population guinéenne
- b)- moyens d'action : gouvernement guinéen, partenaires au développement, patronat, syndicats et sociétés commerciales et industrielles.

- Objectif stratégique 6

Promouvoir la politique de construction -location-vente

Activité 1 : construire des logements sociaux destinés à la location vente

- a)- bénéficiaires : travailleurs et assurés sociaux
- b)- moyens d'action : gouvernement guinéen et les partenaires au développement

Activité 2 : instaurer un système de prêt à l'habitat

- a)- bénéficiaires : travailleurs et assurés sociaux
- b)- moyens d'action : gouvernement guinéen et les partenaires au développement

Personnes âgées plan d'action à court terme (2003-2005)

N°	Objectifs stratégiques	Activités	Périodes	Bénéficiaires Cibles	Partenaires possibles
1.	Améliorer les capacités d'intervention et les compétences professionnelles des structures publiques chargées des personnes âgées	1. Former 10 formateurs des travailleurs sociaux chargés d'assistance au 3 ^{ème} âge.	2003	Cadres de la structure en charge des personnes âgées.	MASPFE, METFP, MSP, FNUAP, BIT, Missions Diplomatiques
		2. Assurer la formation de 40 agents sociaux (assistants sociaux) en technique d'assistance aux personnes âgées.	2003-2004	Cadres et agents des structures déconcentrées de la DNPPS.	MASPFE, METFP, Gouvernorats, MSP, FNUAP, BIT, Missions Diplomatiques.
2.	Assurer la promotion et la protection des personnes du 3 ^{ème} âge en milieu urbain et rural.	1. Réaliser une étude sur les conditions socio-économiques des personnes âgées en Guinée.	2003	MASPFE (DNPPS), ONG, et Société Civile, Service pension, CNSS, Plan et Statistique.	MASPFE, MEF, SEPCI, PNUD, BIT, FNUAP, Plan Guinée.
4.	Renforcer les mécanismes familiaux traditionnels de prise en charge des personnes âgées non retraitées dans les milieux ruraux.	2. Appuyer la création et le fonctionnement des mutuelles de santé pour personnes âgées des milieux ruraux.	2004-2005	Personnes âgées non retraitées des milieux ruraux.	MASPFE, MATDS, MEF, ONG, Plan Guinée, FNUAP.

Personnes âgées plan d'action à moyen terme (2006-2010)

N°	Objectifs stratégiques	Activités	Périodes	Bénéficiaires Cibles	Partenaires possibles
2.	Assurer la promotion et la protection des personnes du 3 ^{ème} âge en milieu urbain et rural.	2. Elaborer la politique nationale et les textes législatifs et réglementaires sur le vieillissement en Guinée.	2006	Personnes âgées et retraitées des milieux urbains et ruraux	MASPFE, MFPE, MJGS, MEF, MATDS, Assemblée Nationale, PRG, Société Civile, BIT.
3.	Mettre en place des mécanismes d'assistance aux personnes âgées retraitées des milieux urbains et ruraux.	1. Créer un fonds d'assistance aux familles des personnes âgées déshéritées, sinistrées, déplacées.	2006	Familles d'accueil ou gestionnaires des victimes, personnes directement intéressées.	MASPFE, MEF, MPC, MATDS, Agences et ONG, Société Civile.
4.	Renforcer les mécanismes familiaux traditionnels de prise en charge des personnes âgées non retraitées dans les milieux ruraux.	1. Mettre en place un fonds d'appui à la création et au fonctionnement des coopératives artisanales pour personnes âgées.	2007	Personnes âgées rurales non retraitées.	MASPFE, MATDS, MEF, ONG, FNUAP, PNUD, BIT.
5.	Concevoir, étendre et développer une politique nationale de protection et de couverture sociale des populations.	1. Réaliser une étude sur la couverture sociale destinée au 3 ^{ème} âge en Guinée.	2006	Population guinéenne du 3 ^{ème} âge.	gouvernement guinéen, partenaires au développement.
		2. Réviser, le code de sécurité sociale.	2006-2009	Population guinéenne retraitée.	gouvernement guinéen, partenaires au développement, patronat, syndicats, sociétés commerciales et industrielles.

Personnes âgées plan d'action à long terme (2011-2025)

N°	Objectifs stratégiques	Activités	Périodes	Bénéficiaires Cibles	Partenaires possibles
2.	Assurer la promotion et la protection des personnes du 3 ^{ème} âge en milieu urbain et rural.	Créer et équiper 8 centres de géronto gériatrie pour personnes âgées.	2007-2011	Personnes âgées et retraitées des milieux urbains et semi urbains.	MASPFE, MEF, MUH, MATDS, ONG, Société Civile, BIT, FNUAP.
6.	Promouvoir la politique de construction -location -vente.	1. Construire des logements sociaux destinés à la location-vente	2009-2025	Travailleurs et assurés sociaux.	gouvernement guinéen et partenaires au développement.
		2. Instaurer un système de prêt à l'habitat.	2009-2025	Travailleurs et assurés sociaux.	gouvernement guinéen.

Répartition de la population résidente de 60 ans et plus par âge et par sexe selon le milieu de résidence (%)

Groupes d'âge	Ville			Campagne			Total		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
60 - 64	37,5	34,9	36,2	29,9	34,9	32,5	29,9	34,9	32,5
65 - 69	25,3	20,9	23,1	24,2	20,9	22,5	24,2	20,9	22,5
70 - 74	15,8	17,6	16,7	17,4	19,2	18,3	17,4	19,2	18,3
75 - 79	8,7	9,3	9,0	11,4	9,1	10,4	11,7	9,1	10,4
80 - 84	5,0	7,3	6,2	7,8	8,1	8,0	7,8	8,1	8,0
85 - 89	3,0	3,7	3,3	3,9	3,0	3,4	3,9	3,0	3,4
90 - 94	2,1	2,7	2,4	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
95 et +	2,6	3,6	3,1	2,9	2,7	2,7	2,9	2,9	2,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Répartition de l'effectif total des ménages dirigés par une personne âgée selon la région naturelle, le milieu de résidence et le sexe du chef de ménages

Milieu et région Naturelle	Sexe Masculin			Sexe Féminin			Total		
	Total mén.	Mén. âgés	%	Total mén.	Mén. âgés	%	Total mén.	Mén. âgés	%
Urbain	306.050	31.917	10.4	306.050	9.185	3.0	306.050	41.102	13.4
Rural	745.153	161.378	21.7	745.153	32.301	4.3	745.153	1193.679	26.0
Ensemble	1.051.203	193.295	18.4	1.051.203	41.486	3.9	1.051.203	234.781	22.3
Basse Guinée	205.730	41.385	20.1	205.730	7.103	3.5	205.730	48.488	23.6
Moyenne Guinée	276.164	60.667	22.0	276.164	19.648	7.1	276.164	80.315	29.1
Haute Guinée	168.477	39.909	23.7	168.477	3.678	2.2	168.477	43.587	25.9
Guinée Forestière	239.827	38.771	16.2	239.827	8.161	3.4	239.827	46.932	19.6
Conakry	161.005	12.563	7.8	161.005	2.896	1.8	161.005	15.459	9.6

Répartition de la population des ménages dont le chef est âgé de 60 ans et plus selon la région, le milieu de résidence et le sexe

Milieu et Région	Sexe Masculin			Sexe Féminin			Total			Rapport Masc.
	Pop. Tot.	Eff. CM	% CM	Pop. Tot.	Eff. CM	% CM	Pop. Tot.	Eff. CM	% CM	
Urbain	40.080	31.917	79.6	41.309	9.185	22.2	81.389	41.102	50.5	5,5
Rural	193.141	161.378	83.4	206.028	32.301	15.7	399.442	193.679	48.5	5,0
Ensemble	233.494	193.295	82.8	247.337	41.486	16.8	480.831	234.781	48.8	4,6
Basse Guinée	49.191	41.385	84.1	52.143	7.103	13.6	101.334	48.4488	47.8	5,8
Moyenne Guinée	66.109	60.667	91.8	81.397	19.648	24.1	147.506	80.315	54.4	3,1
Haute Guinée	47.329	39.909	84.3	45.839	3.678	8.0	93.168	43.587	46.8	10,8
Guinée Forestière	54.883	38.771	70.6	53.887	8.161	15.1	108.770	46.932	43.1	4,7
Conakry	15.982	12.563	78.6	14.071	2.896	20.6	30.053	15.459	51.4	4,7

Répartition (%) des chefs de ménage de 60 ans et plus selon le milieu et la région de résidence par sexe et état matrimonial

Milieu et Région	Sexe Masculin					Sexe Féminin					Total				
	C	M	D	V	T	C	M	D	V	T	C	M	D	V	T
Urbain	1.5	95.2	1.4	1.9	100	0.9	36.7	2.0	60.3	100	1.4	82.4	1.6	14.7	100
Rural	0.8	95.1	1.0	3.0	100	0.8	41.1	3.3	54.8	100	0.8	86.3	1.4	11.5	100
Ensemble	0.9	95.1	1.1	2.9	100	0.8	40.1	3.0	56.0	100	0.9	85.6	1.4	12.0	100
Basse Guinée	0.8	97.0	0.9	1.4	100	0.9	45.6	3.4	50.1	100	0.8	89.7	1.3	8.3	100
Moyenne Guinée	0.4	97.2	0.6	1.8	100	0.5	48.3	2.3	49.0	100	0.4	85.4	1.0	13.2	100
Haute Guinée	0.7	95.9	0.6	2.7	100	0.6	29.4	1.5	68.6	100	0.7	90.5	0.7	8.1	100
Guinée Forestière	1.8	89.1	2.4	6.7	100	1.5	20.8	5.7	72.1	100	1.7	77.5	3.0	17.8	100
Conakry	1.9	95.0	1.6	1.5	100	1.4	39.3	2.1	57.3	100	1.8	84.8	1.7	11.7	100

Taille moyenne des ménages dont le chef est de 60 ans et plus selon la région et le milieu de résidence par sexe du chef de ménage

Milieu et Région	Sexe Masculin			Sexe Féminin			Total		
	Pop. mén.	Eff. CM	Taille	Pop. mén.	Eff. CM	Taille	Pop. mén.	Eff. CM	Taille
Urbain	321.074	31.917	10.1	57.479	9.185	6.3	378.553	41.102	9.2
Rural	1.288.999	161.378	8.0	115.368	32.301	3.6	1.404.367	193.679	7.3
Ensemble	1.610.073	193.295	8.3	172.847	41.486	4.2	1.782.920	234.781	7.6
Basse Guinée	342.793	41.385	8.3	31.880	7.103	4.5	374.673	48.488	7.7
Moyenne Guinée	414.241	60.667	6.8	63.436	19.648	3.2	477.677	80.315	5.9
Haute Guinée	424.961	39.909	10.6	16.909	3.678	4.6	441.870	43.587	10.1
Guinée Forestière	293.909	38.771	7.6	38.299	8.161	4.7	332.208	46.932	7.1
Conakry	134.169	12.563	10.7	22.323	2.896	7.7	156.492	15.459	10.1

Répartition (%) des ménages dont le chef est âgé de 60 ans et plus selon le Mode d'approvisionnement en eau par région naturelle de résidence

Mode	Basse Guinée	Moyenne Guinée	Haute Guinée	Guinée Forestière	Conakry
Robinet	4.8	0.8	2.0	3.4	65.5
Puits ordinaire	25.7	22.5	51.8	31.2	31.7
Forage	15.5	12.5	25.7	28.2	0.2
Source aménagée	7.0	5.5	1.5	5.0	1.0
Eaux de surface	46.0	58.3	18.6	32.0	0.7
Autre	1.0	0.4	0.4	0.2	0.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Répartition des ménages dont le chef est âgé de 60 ans et plus selon le type de lieu d'aisance par milieu de résidence et sexe du chef de ménage

Type d'aisance	Urbain			Rural			Ensemble		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
WC	12.1	11.9	12.0	1.5	1.3	1.4	3.2	3.7	3.3
Latrines	54.3	53.0	54.0	7.6	9.6	7.9	15.3	19.2	16.0
Fosse sommaire	27.8	29.3	28.1	30.3	19.3	28.5	29.9	21.5	28.4
Nature	4.9	4.8	4.9	59.9	69.0	61.4	50.8	54.8	51.5
Autre	0.9	1.0	0.9	0.8	0.7	0.8	0.8	0.8	0.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

**Répartition (%) des ménages dont le chef est âgé de 60 ans et plus selon
le type de lieu de d'aisance par région naturelle de résidence**

Type de lieu d'aisance	Basse Guinée	Moyenne Guinée	Haute Guinée	Guinée Forestière	Conakry	Ensemble
WC	1.8	0.5	2.3	3.4	25.0	3.3
Latrines	13.2	9.4	10.8	17.9	67.6	16.0
Fosse sommaire	56.7	11.6	51.4	14.3	5.4	28.4
Nature	28.0	77.9	34.4	62.9	1.3	51.5
Autre	0.3	0.6	1.1	1.5	0.7	0.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

LES TOXICOMANES

1. Introduction

La détérioration des termes de l'échange qui a affecté insidieusement la totalité de l'Afrique sub-saharienne, depuis plus de deux décennies, ainsi que la paupérisation généralisée de l'ensemble de la population, expliquent pour une large part, l'extension du phénomène de la drogue en Afrique noire.

Du point de vue morpho-climatique, le cannabis s'adapte particulièrement bien aux sols et au climat de la Guinée. Si bien qu'autrefois le merin et le cannabis s'y cultivaient déjà, mais à petite échelle et dont la consommation était strictement réservée aux cérémonies rituelles (travaux champêtres, combats guerriers, circoncision, chasse, etc.).

Aujourd'hui, il est fort à craindre que sa culture ne se substitue aux cultures vivrières, car non seulement elle pousse à l'état sauvage, mais elle génère aussi une plus grosse plus-value à l'exportation. Des champs de cannabis ont été détectés à Conakry, ainsi que dans certaines préfectures de l'intérieur du pays : Kindia, Forécariah en Guinée Maritime, Siguiri, et Mandiana en Haute Guinée, Kissidougou, Guéckedou, N'Zérékoré et Beyla en Guinée Forestière.

Ainsi, selon l'atlas mondial des drogues, il existerait plusieurs zones de culture du cannabis en Guinée. La Guinée Maritime qui alimente la capitale Conakry, la Haute Guinée dans la préfecture de Siguiri non loin de la frontière avec le Mali, la Guinée Forestière, dans la préfecture de Kissidougou, aux confins de la frontière avec le Libéria et la Sierra Leone. On voit bien ainsi, que les conflits dans ces deux pays limitrophes ont eu un impact considérable sur la vente et la culture des drogues illicites en Guinée, à cause notamment des flux migratoires des réfugiés entre les trois pays (Guinée, Libéria, Sierra Leone).

Au plan national, le phénomène de la drogue prend une telle ampleur que, selon le service neuro-psychiatrique de Donka, plus du quart des patients qui y sont admis sont des consommateurs avérés de drogues.

2. Contextes socio-économique et politique

2.1. Contexte social

A l'instar des autres sociétés africaines de type traditionnel, la société guinéenne a vécu en harmonie, depuis des siècles, avec la drogue. Autrefois son usage était exclusivement réservé aux travaux champêtres de groupe, aux cérémonies rituelles (chasse, circoncision, etc.).

De nos jours, avec la mondialisation et l'ouverture du pays au reste du monde, l'usage de la drogue est devenu un phénomène courant qui connaît une expansion rapide, au sein de plusieurs communautés, notamment chez les jeunes désœuvrés des quartiers populaires défavorisés.

Ainsi, les familles guinéennes vivent de manière très passive ce phénomène nouveau qui affecte peu à peu l'équilibre de la société sans trop savoir comment y remédier. En l'absence de structures d'accueil et d'espaces d'information, dans beaucoup de familles un silence coupable pousse un certain nombre d'entre elles à l'effacement. Elles ne savent de telle sorte qui s'adresser, ni à qui parler quand leurs enfants sont victimes. C'est souvent avec stupéfaction que les parents ou l'entourage familial découvrent le problème.

En Guinée, la propagation du phénomène a été largement facilitée par l'éclatement des conflits armés en Libéria et en Sierra Leone. Les centaines de milliers de réfugiés qui y ont trouvé asile et hospitalité, ont répandu l'usage de la toxicomanie au sein de la population autochtone, jusque là plus ou moins épargnée par le fait des pratiques socio-religieuses.

Cependant, l'extension a pris une telle ampleur, que la Guinée est devenue, en l'espace de quelques années, une plaque tournante de la drogue en provenance des pays du sud-ouest asiatique (l'héroïne), du sud-ouest américain (la cocaïne) et de l'Afrique (le cannabis) à destination du marché européen. Toutefois une partie non négligeable de la drogue qui y transite est revendue pour la consommation locale.

D'ailleurs, on note une forte consommation de drogue dans les zones minières de Dinguiraye, Siguiri, Kerouané, Kindia, Boké et Fria, conséquence socioculturelle du douloureux phénomène de prolétarianisation de la paysannerie traditionnelle qui a ainsi abandonné le travail de la terre pour les mirages de "l'industrialisation" et de ses conditions de travail inhumaines.

Ainsi, l'usage illicite de la drogue semble être un phénomène purement urbain, où elle sévit en profondeur au niveau des jeunes, généralement issus des couches défavorisées. Elle prend des proportions inquiétantes à Conakry, mais aussi dans une moindre mesure, dans les grands centres urbains de l'intérieur du pays. Tant et si bien qu'aujourd'hui, aucune préfecture du pays ne peut se targuer d'être à l'abri de la drogue et de ses ravages.

Toutefois, les consommateurs de drogues ne sont pas acceptés dans la société guinéenne. Ils font l'objet d'un certain rejet par la famille traditionnelle et en l'absence d'une écoute favorable, le consommateur devient progressivement marginal. Finalement, et en l'absence de toute réponse positive, le consommateur finit par épouser des comportements d'auto exclusion voir même d'auto destruction, conséquence d'une fuite des responsabilités à la fois individuelle mais aussi collective, par rapport aux dures réalités socio-économiques qui sévissent dans le pays depuis maintenant plus d'une génération.

2.2. Contexte économique

La conjoncture économique difficile engendrée par les programmes d'ajustement structurel successifs ont conduit à l'accentuation du phénomène de pauvreté à tous les niveaux et particulièrement parmi les couches les plus vulnérables de la société. Cet état de fait a souvent conduit à l'émergence de comportements et de déviances sociales telle que l'oisiveté, la consommation de drogues par la population juvénile victime du sous emploi et du chômage.

Ainsi, le marché de la drogue est devenu, pour beaucoup de petites gens, l'unique source de revenus. Les petits commerçants ambulants, les étalagistes, les trafiquants et même des paramédicaux au chômage sont engagés dans la vente de la drogue. Les containers de médicaments arrivant au port de Conakry "échappent" souvent au contrôle des services douaniers.

Les autorités politique et sanitaire du pays reconnaissent l'existence d'un marché diversifié qui couvre une bonne partie du territoire national. Les sources d'approvisionnement de ce marché de médicament sont multiples et difficiles à cerner. Cependant, tous sont unanimes à reconnaître que les importations frauduleuses et les détournements de stocks de l'aide d'urgence humanitaire destinés aux réfugiés constituent une source importante de ce marché.

Les médicaments psychotropes représentent une part importante de ce marché illicite, en témoignent les saisies importantes d'éphédrine effectuées en 1997 à l'aéroport de Conakry. Le marché parallèle des produits pharmaceutiques détournés, contrefaits ou périmés représente 30 à 40% du marché national de distribution des médicaments. Ce marché contribue fortement à la propagation de la toxicomanie et cause des préjudices importants à la santé publique guinéenne.

Ces produits se retrouvent en vente libre, dans diverses pharmacies privées et sur les étals des différents marchés de Conakry et de l'intérieur du pays. Un tour inopiné au grand marché de Madina, montre à suffisance, l'abondance de la vente de ces produits illicites, souvent périmés, dont la plupart provient du trafic.

2.3. Contexte politique

Devant la menace persistante que représente la toxicomanie, la Guinée, consciente des dangers auxquels s'exposent sa jeunesse, frange la plus dynamique de sa population, s'est engagée à l'instar de ses pairs de la sous-région et de la communauté internationale, dans la lutte contre les drogues. A cet effet, les autorités guinéennes ont mis un accent particulier sur le renforcement de la politique de répression et ont adopté un certain nombre de mesures en matière de législation, en vue d'accentuer la lutte contre l'usage de la drogue, des stupéfiants et des substances psychotropes.

Le programme guinéen de lutte contre la drogue est à l'image de ceux des autres pays de la sous-région. Il s'agit d'entreprendre des actions communes et concertées en vue de rendre la lutte contre la drogue plus effective et plus dynamique.

Les autorités ont pris un certain nombre de mesures qui constituent une preuve de leur volonté de combattre la production, la commercialisation et l'usage de la drogue sous toutes ses formes, à travers les actions ci-après :

- ratification de la convention internationale de 1961 sur les stupéfiants, celle de 1971 sur les psychotropes et celle de 1988 sur la répression ;
- adaptation de la législation nationale aux différentes conventions internationales par la promulgation de l'ordonnance N°027 du 10 Avril 1989, portant sur les stupéfiants et les psychotropes et la promulgation d'un code pénal en date du 31 décembre 1998, sanctionnant le délit des drogues (véritable code des drogues inspiré du modèle de législation harmonisée, élaboré par le Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues (PNUCID). Ces textes qualifient d'infraction pénale, la participation à une organisation criminelle ou à une association de malfaiteurs et instaurent une responsabilité pénale des personnes morales. Ils répriment le blanchiment de l'argent, prévoient l'injonction thérapeutique et répriment durement le délit de victimisation d'un mineur ;
- promulgation du décret N°67 du 2 août 1994, portant création du Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD) à l'origine composé de onze (11) Ministères et actuellement de vingt (20), suite à une restructuration gouvernementale. Il est présidé par le Ministre chargé de la sécurité ;
- promulgation du décret N°066 du 2 août 1994 portant création de l'Office Central anti-Drogue (OCAD) ;
- promulgation du décret N°158 du 6 juin 1991 portant création de la Commission Nationale d'Incinération des Saisies de Drogues ;
- création au sein de la Direction Nationale des Pharmacies et des Laboratoires au Ministère de la Santé Publique, d'une section chargée du contrôle des importations des stupéfiants et de substances psychotropes, ainsi que la création d'un service neuro-psychiatrique au centre hospitalo universitaire de Donka et d'un laboratoire de toxicologie ;
- création au sein du Ministère des Affaires Sociales de la Promotion Féminine et de l'Enfance d'une section prévention et réinsertion en matière de toxicomanie ;
- création dans les Universités et Instituts scientifiques d'un laboratoire des composés naturels sous la tutelle du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, pour l'identification et l'analyse des plantes toxicomanogènes ;

- création au sein du Ministère de l'Economie et des Finances d'une division chargée du contrôle des stupéfiants et substances psychotropes à la Direction Nationale des Douanes ;
- coopération avec les Etats voisins, ceux de la sous région et avec la communauté internationale, pour coordonner l'action de lutte contre la drogue. Participation à plusieurs réunions sous-régionales et internationales.

Afin de mettre en place ses différentes actions et pérenniser les acquis sur le terrain, un redéploiement des ressources humaines, matérielles et financières est envisagé. Déjà de grands efforts pour équiper, former et encadrer les différents services de lutte contre la drogue dans le cadre de la répression ont été fournis: Office Central Anti-Drogue (OCAD), police, gendarmerie, douane et compagnies républicaines. Parallèlement, des mesures de prévention et de réinsertion sociale vont accompagner les efforts du gouvernement, tout comme les initiatives des communautés à la base et de la société civile.

La politique de lutte contre la drogue est une approche multisectorielle qui nécessite la participation de différents acteurs, institutions étatiques et associatives. Cette approche est concrétisée par la mise en place d'un comité national dont la composition est multiconfessionnelle.

Sur le terrain, ce comité a pour vocation de coordonner les actions de prévention, de répression, de traitement et de réinsertion sociale. L'objectif visé est d'assurer à long terme, un contrôle car la consommation et le trafic des drogues sont le terreau de la violence et de la déstabilisation de la société toute entière.

3. Causes et origine de la toxicomanie en Guinée

L'usage illicite de la drogue est devenu, ces dernières années, un fait majeur dans la société guinéenne. Le chômage, l'ouverture du pays, suite à la nouvelle option libérale et l'afflux de milliers de réfugiés Libériens et Leonais sont des faits qui ont accentué le phénomène de la toxicomanie en Guinée.

Ce phénomène est surtout urbain et touche Conakry et certaines grandes villes de l'intérieur. Il concerne surtout les groupes sociaux fragilisés et en situation de précarité aiguë (chômeurs, jeunes victimes d'échec scolaire, adolescents issus de l'exode rural, défilés, ouvriers des zones industrielles et minières, les artisans orpailleurs des sites miniers, ...).

La majorité de la population atteinte de toxicomanie est masculine. Parmi elle 50% a moins de 25 ans, 82% a moins de 30 ans et 94% a moins de 35 ans. C'est dire la haute prévalence du phénomène de la drogue parmi la jeunesse.

La toxicomanie est une intoxication causée par la consommation répétée et abusive de substances toxiques qui finissent par créer un état de dépendance chez le consommateur. Elle est le fait essentiellement, d'une population d'exclus sociaux, jeunes surtout de sexe masculin.

D'après les services de santé, les toxicomanes utilisent plusieurs produits ; 87% des drogués sont des poly toxicomanes. Parmi eux, 34% utilisent deux (2) produits, 41% utilisent trois (3) produits et enfin 14% consomment quatre (4) produits. Ces produits consommés sont : le cannabis, les amphétamines, les neuroleptiques et l'alcool. On note un recours abusif aux médicaments qui sont des toxiques très sévères et qui contribuent à accélérer progressivement la dépendance.

A ces produits, s'ajoutent des préparations artisanales, qui sont de puissants hallucinogènes qui provoquent vertiges, ivresse et délires, poussant en particulier, les consommateurs à des conduites asociales et à des situations de crise très difficiles à appréhender.

Le chanvre indien ou cannabis communément appelé "l'herbe qui tue" est la principale drogue utilisée par les jeunes. Bien que qualifiée de drogue douce, elle fait des ravages lorsqu'on l'associe à d'autres produits. Les statistiques au centre neuro-psychiatrique de Donka, nous donne sur ce tableau l'évolution de la population de jeunes traités pour abus de drogue.

Statistique des malades drogués admis au CHU de Donka entre 1994 et 2002

Années	Nombre de malades	Nombre de cas traités	Nombre de cas de rechute	Observations
1994	333	301	95	
1995	213	185	80	
1996	212	166	60	
1997	259	217	52	
1998*	147	55	07	
1999	263	175	30	
2000	246	185	23	
2001	463	250	18	
2002**	161	155	20	

Remarques :

1998* : Les données de 1998 ne couvrent pas toute l'année, mais seulement de janvier à Juin.

2002** : Les données obtenues pour l'année 2002 ne la couvrent pas entièrement, mais concernent seulement les huit premiers mois (de janvier à août).

4. Répartition spatiale

La toxicomanie est un phénomène urbain. Dans le cas de la Guinée, elle est essentiellement circonscrite à Conakry et ses environs, aux cités minières (Fria, Kamsar, Sangaredi, Sigui, Dinguiraye, Banankoro, Gbenko etc.) et aux grandes villes de l'intérieur du pays (Boké, Kindia, Mamou, Labé, Faranah, Kankan, N'Zérékoré, Kissidougou, Macenta, etc.).

En dehors de Conakry, la zone forestière et le sud de la Guinée Maritime (préfectures de Kindia, Coyah et Forecariah) sont les régions les plus touchées. L'ampleur du phénomène s'explique par la présence massive de milliers de réfugiés dans les camps de Forecariah, et tout récemment de Mambia (Kindia) pour la Guinée Maritime ; de Kissidougou, Gueckedou et N'Zérékoré pour la Guinée Forestière. Mais selon les responsables de l'Office Central Anti-Drogues (OCAD), aucune préfecture du pays n'échapperait aujourd'hui aux ravages de la drogue. Si bien que certaines zones rurales du Fouta central, sous influence directe des deux métropoles régionales que sont Labé et Mamou, sont gravement menacées par le phénomène. La toxicomanie initialement circonscrite dans les villes prend de l'ampleur et commence à toucher progressivement les campagnes.

4.1. Répartition par âge

Selon l'OCAD, plus 94% des consommateurs de drogues en Guinée auraient moins de 35 ans (chiffre du 1^{er} semestre 2002). Les tranches d'âge les plus vulnérables, les moins armées et les plus exposées aux tentations sont ainsi les plus touchées. Moins préparées à affronter les aléas de la vie, c'est parmi elles que l'on recense les jeunes diplômés sans emplois, les jeunes en échec scolaire et professionnel, sans aucune perspective d'avenir. Evoluant dans une société en pleine mutation, ouverte sur le monde, avec tout ce que cela suppose comme tentations et frustrations, cette jeunesse en mal de vivre dans un pays écartelé entre tradition et modernité, fatalisme et progrès est facilement tentée de se réfugier dans la drogue. La télévision par satellite, les films de mauvais goût et le phénomène de gangs et de clans dans les quartiers contribue à pousser les jeunes à recourir à la drogue et à la délinquance juvénile.

4.2. Répartition par sexe

La drogue est un phénomène de jeunes qui se conjugue au masculin, tellement que la proportion de jeunes filles s'adonnant à la drogue est minime par rapport à celle des garçons ! On estime à environ 5% le nombre de jeunes filles consommant de la drogue. Ces rares filles qui s'y adonnent, viennent généralement du milieu de la prostitution ou font partie des gangs qui sévissent dans les quartiers de Conakry et de sa périphérie.

5. Conditions de vie des toxicomanes

Pour l'ensemble du pays, le centre neuro-psychiatrique de Donka est l'unique endroit où les toxicomanes sont traités. D'ailleurs la plupart des drogués sont abandonnés à eux mêmes. Seuls les patients issus des familles aisées ou nanties peuvent espérer bénéficier d'une prise en charge éventuelle. Même pour ceux-ci, la prise en charge est conditionnée par deux facteurs limitants : (i) l'état du patient et surtout son niveau d'accoutumance (violence, agressivité) et (ii) la capacité d'accueil du centre neuro-psychiatrique du C.H.U. de Donka (qui ne dispose pas de plus d'une cinquantaine de lits).

Il va sans dire que pour la grande majorité des toxicomanes, l'accès aux soins de santé est très limité. A cela, s'ajoute la contrainte financière, car sans argent les toxicomanes n'ont aucune chance de se faire examiner. L'une des conséquences de cet état de fait, est non seulement leur abandon par les familles, mais aussi leur errance en ville, ce qui constitue de gros risques pour eux mêmes et pour la société. Ce phénomène de vagabondage des toxicomanes en ville s'accompagne souvent d'actes de vandalisme, nourris par une forte propension à la criminalité.

6. Propositions d'actions

La toxicomanie est devenue un des phénomènes majeurs du 21^{ème} siècle auquel nul pays n'échappe. Son évolution rapide, ses ramifications mafieuses, l'immense masse financière en circulation à travers la planète entière, le blanchiment d'argent et le (puissant) syndicat du crime organisé des narcotrafiquants constituent autant de menaces sérieuses pour la paix et l'intégrité des Nations. Tant et si bien que les Nations-Unies ont créé le Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues (PNUCID) et ont proclamé la période décennale 91-2001 comme étant "la décennie de la lutte contre la toxicomanie"

La Guinée, solidaire de la famille des Nations-Unies et surtout entourés de pays en conflits armés, dans une région ouest-africaine en prise à une instabilité politique permanente, se devait de ratifier toutes les conventions internationales. Pour ce faire, elle s'en est largement inspirée du modèle de législation harmonisée du PNUCID, pour l'adoption des textes de lois relatifs à la drogue.

Dans le cadre de cette lutte, la Guinée a pris les mesures ci-après :

- ✓ renforcement du Secrétariat Général du Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD), par l'application des termes du décret de création N° 067 du 2 août 1994 ;
- ✓ organisation de campagnes de sensibilisation à la lutte par des ONG spécialisées ;
- ✓ promotion de la prévention dans le système éducatif guinéen ;
- ✓ création de centres de référence en matière de prise en charge médicale et de réinsertion sociale des toxicomanes ;
- ✓ renforcement des services répressifs en moyens humain et matériel ;
- ✓ développement de la coopération sous-régionale, régionale et internationale.

La réalisation du plan national de lutte contre la drogue nécessite la définition rapide d'une stratégie nationale, fondée sur la non stigmatisation des publics concernés et le développement de comportements solidaires de non exclusion ainsi que la promotion de réponses adaptées, articulées autour du droit commun. La création ou l'extension de structures médicales de soins capables d'accueillir les toxicomanes, et de les réinsérer dans une vie professionnelle normale.

D'autres actions devront être entreprises pour renforcer cette politique nationale de lutte contre la drogue à travers :

- ✓ l'amélioration de la coordination entre les différentes structures étatiques et associatives qui luttent contre le phénomène de drogue ;
- ✓ la réorientation du dispositif d'accueil et de soins vers une prise en charge précoce des consommateurs abusifs de drogues multiples ;
- ✓ le développement d'une prise de conscience chez les acteurs concernés par le phénomène de poly toxicomanie, de la dépendance à plusieurs produits, notamment chez les jeunes. Ceci doit conduire à proposer des programmes de prévention et de prise en charge, s'adressant à toutes les conduites addictives, quelle que soit la nature juridique des produits consommés ;

- ✓ la coordination des interventions chargées de la répression avec celle des acteurs de la prévention afin qu'en plus de la répression ou prévention, on évite le passage de l'usage nocif à la dépendance ;
- ✓ développement une formation adaptée aux besoins professionnels des acteurs de terrain ;
- ✓ développement des actions de formations en faveur des policiers, des gendarmes, des douaniers et des personnels pénitenciers qui sont souvent trop peu informés des enjeux de santé publique et qui souvent n'obéissent qu'à des logiques répressives et contradictoires ;
- ✓ formation des acteurs sanitaires et sociaux pour les activités au niveau des régions.

**Photo : Cité solidarité, ou les vestiges d'une bonne
idée devenue obsolète**

Programme d'Action à Court Terme (2003-2005)

N°	Objectifs Stratégiques	Activités	Périodes d'exécution	Bénéficiaires Cibles	Partenaires Possibles
1.	Améliorer les capacités d'intervention et les compétences professionnelles des agents et cadres spécialisés dans la lutte anti-drogue.	1. Former des formateurs d'agents spécialisés dans la lutte anti-drogue.	2003-2004	Cadres et agents des structures en charge des groupes marginaux.	METFP, MSP, PNUD, USAID, ONG.
		2. Former des agents (10 par Préfecture ou commune) chargés d'assurer la réhabilitation et la réinsertion des toxicomanes.	2004-2005	Agents locaux de l'action sociale plus les agents préfectoraux et communaux.	MATDS, MEF, PNUD, USAID, ONG.
		3. Assurer la formation des cadres et agents de la santé en charge de la cure et du traitement des victimes de la toxicomanie.	2003-2005	Agents et cadres du MSP au niveau régional et préfectoral.	ONG spécialisée dans les groupes marginaux, PNUD, UNICEF, USAID, OMS.
		4. Former des agents locaux chargé de réduire la propagation de la culture du cannabis.	2004-2005	Agents locaux de l'action sociale et de la santé.	MSP, PNUD, OMS, ONG spécialisée dans les groupes marginaux.
		5. Doter les structures chargées de la prévention, de la répression, de la sensibilisation, de la cure et de la réinsertion des toxicomanes en moyens matériels, logistiques et financiers leur facilitant des interventions efficaces.	2003-2004	Structures en charge de la prévention, de la répression, de la sensibilisation, de la cure et de la réinsertion des toxicomanes.	BM, BAD, USAID, UE, Ambassade du Japon.
2.	Organiser, harmoniser et planifier les divers programmes, projets et méthodes de lutte anti-drogue.	6. Mettre en place et équipé un organe national multisectoriel et pluridisciplinaire de coordination des actions d'éradication ou de réduction de l'usage de la drogue.	2004-2005	Agents et cadres des MATDS, MSP, MASPFE, SEC.	MSP, MATDS, MC, OMS, PNUD, UNICEF, USAID, UE, Ambassade du Japon.
3.	Promouvoir des activités génératrices de revenus pour anciens toxicomanes	7. Créer un fonds de crédit pour la réinsertion des bénéficiaires de cure.	2003-2005	Anciens toxicomanes à réhabiliter et familles	BIT, BM, BAD, UE, Ambassade Canada.

Programme d'Actions à Moyen Terme (2006-2010)

N°	Objectifs Stratégiques	Activités	Périodes d'exécution	Bénéficiaires Cibles	Partenaires Possibles
1.	Impliquer les communautés à la base (y compris les élus locaux) aux programmes et activités de lutte anti-drogue et pour la réinsertion des anciens toxicomanes.	1. Organiser des séances d'appropriation des lois, règles et principes de lutte contre la drogue (y compris la culture, l'importation, la vente et l'usage) à tous les niveaux.	2006-2009	Communautés à la base	MJ, MSP, MATDS, EU, AFD, GTZ, FFE.
		2. Constituer, équiper et appuyer des équipes (au niveau régional, préfectoral, communal, villageois ou communautaire) chargées de dépister et d'éradiquer les cultures du cannabis ou de la circulation des substances psychotropes.	2006-2010	Toutes les communautés à la base.	MADTS, MEF, MSP, MAE, PNUD, Plan Guinée, FNUAP, PSI.
		3. Initier et soutenir des mesures d'accompagnement et d'encouragement	2006-2010	Agents dépisteurs et producteurs de cannabis	MEF, MJ, MSP, MAE, PNUD, FNUAP, PSI et Plan Guinée.
		4. Organiser des campagnes et initier des journées de réflexions relatives à la sensibilisation par l'information et l'éducation des populations sur les méfaits de la toxicomanie.	2006-2010	Les communautés à la base.	MATDS (SES), MSP, MJ, MEN, MJSC, PNUD, PSI, FNUAP, USAID et Plan Guinée.
		5. Initier et appuyer matériellement des meilleurs résultats de lutte contre la propagation et l'usage des substances psychotropes au niveau local.	2006-2010	Agents, districts et villages	MAE, MEF, MSP, BM, BAD, BIT, OMS, USAID.
		6. Créer et alimenter un fonds d'encouragement de la lutte anti-drogue à tous les niveaux	2006-2010	Population paysanne, et jeunes des zones rurales	MEF, MAE, MATDS, BAD, OMS, FAO et PAM.

Programme d'Action à Long Terme 2011-2025

N°	Objectifs Stratégiques	Activités	Périodes d'exécution	Bénéficiaires Cibles	Partenaires Possibles
1.	Assister les parents ou familles affectées par l'usage de la toxicomanie.	1. Mettre en place un fonds d'assistance à la prise en charge psychosociales des victimes.	2011-2012	Structures de MSP, MASPFE, MATDS et les populations victimes.	OMS, BM, BAD, PNUD, USAID, FNUAP et Plan Guinée.
		2. Concevoir et mettre en œuvre des programmes d'habilitation en technique de prise en charge et de réinsertion.	2011-2025	Autorités locales, familles et communautés à la base.	MSP, MC, MEN, METFP, MATDS, OMS, BP et BAD.
		3. Assurer la prise en charge des enfants en âge scolaire victimes de toxicomanie pour leur scolarisation.	2011-2025	Enfants victimes de la toxicomanie.	UNICEF, UNESCO, OMS, PNUD, MEN, MSP, MJSC, MATDS.

MENDIANTS

I- Introduction

Très ancrée dans la société traditionnelle soudano-sahélienne, la mendicité n'était jadis que l'apanage d'une toute petite minorité de personnes marginales. Elles étaient essentiellement constituées de malades porteurs de maladies honteuses telles que la lèpre, la tuberculose; ou encore de grands accidentés ayant perdu l'usage de leurs membres. Les personnes atteintes de cécité, les victimes de l'onchocercose ou d'autres maladies qui sévissaient dans la région à l'époque, pratiquaient également la mendicité.

Les mendiants se déplaçaient de village en village, de marché en marché hebdomadaire pour quémander nourritures et vêtements. Sociologiquement parlant ces personnes n'étaient pas exclues de la communauté. Nombreux parmi elles jouaient un rôle important de conteurs, de paroliers qui, à la manière de l'Europe médiévale parcouraient des contrées entières pour répandre la bonne parole.

Avec l'avènement de l'Afrique des indépendances, les anciennes structures sociales se sont peu à peu disloquées, entraînant du coup, et de façon accélérée, la modernisation des habitudes et des mœurs reléguant ainsi au second plan les personnes marginales. La concurrence et l'économie de marchés ont peu à peu contribué à l'exclusion des personnes marginalisées de la nouvelle société de consommation.

II- Contexte économique

En Guinée, la libéralisation de l'économie et l'abandon des pratiques socialistes ont quelque peu entraîné la dégradation d'institutions étatiques d'accueil telle que la Cité Solidarité devenue trop exiguë pour les handicapés qui se sont multipliés par dizaines, à telle enseigne que les personnes valides à l'intérieur de la cité sont devenues plus nombreuses que les porteurs de handicaps. C'est à juste raison que l'on s'inquiète aujourd'hui du maintien ou de la dislocation des pensionnaires de cette Cité devenue un centre d'hébergement de mendiants valides, un nid de misère et par la force des choses, une véritable école où se perpétuent les talents de la mendicité à moindre coût. Centre d'oisiveté, poche de pauvreté et berceau de délinquance, la Cité ne répond plus aux objectifs de solidarité nationale envers les moins chanceux que s'étaient fixés les dirigeants de la Guinée socialiste de l'époque. Elle est en phase de devenir un repère de mécontents aigris, un sanctuaire pour éternels assistés et un poids budgétaire pour l'Etat.

L'option libérale de notre économie n'est plus en phase de s'accommoder de la subvention d'un établissement public de cette nature. Les ONG, les familles et les communautés doivent à présent se substituer à la puissance publique pour gérer au cas par cas l'assistance aux handicapés. L'Etat quant à lui, a l'ultime devoir de faciliter l'intégration de tous les enfants handicapés dans les écoles du pays, de favoriser la réinsertion de ceux qui le souhaitent dans les activités économiques du pays.

III- Répartition Spatiale

La capitale Conakry est par la force des choses devenue le centre d'attraction par excellence des mendiants. Venus de partout avec femmes et enfants, les mendiants se sont regroupés à des endroits précis de la capitale (Mosquée Sénégalaise, Cité chemin de fer, Mosquée Fayçal, etc.). On les retrouve également au niveau de certains marchés et à côté de certains édifices publics.

Leur installation sur les trottoirs avec femmes et enfants, pose de sérieux problèmes d'hygiène et de santé pour tout le monde. Les enfants des mendiants en âge d'être scolarisés ne le sont pas. Ces enfants à force d'observer leurs parents sont devenus des professionnels de la mendicité. Formés à l'école de la rue, ils connaissent tous les subterfuges possibles et imaginables pour polariser l'attention des passants et convaincre ces derniers à lâcher une pièce de monnaie. La réinsertion sociale de ces enfants qui peuvent facilement tomber dans la délinquance est difficile mais devrait nécessairement faire l'objet de mesures d'assistance. A l'intérieur du pays, très peu de villes offrent le spectacle de regroupement de handicapés à des endroits précis, à part les Vendredis aux abords des grandes mosquées.

Selon l'enquête, de forte concentration de personnes handicapées se trouverait dans certaines villes carrefour telle que Mamou, Kankan et N'Zerekoré.

IV- Origine géographique et structure par âge

L'enquête réalisée sur le terrain au cours de la présente étude révèle que la grande majorité des mendiants dans les villes sont originaires de la Moyenne et de la Haute Guinée. Sociologiquement, cela s'explique par le fait que ces deux régions, la Haute et la Moyenne Guinée qui sont des régions où l'Islam est prépondérant prônent la tolérance et encouragent l'aumône et les cadeaux aux coreligionnaires. Economiquement, ce sont deux régions d'immigrations qui abritent les principales poches de pauvreté du pays.

La Moyenne Guinée subit une forte pression démographique sur des hauts plateaux lessivés par l'érosion et surexploités par les hommes, et la Haute Guinée jusqu'à une date récente était victime de l'onchocercose ou cécité des rivières et des vers de guinée. Cette situation prédisposait beaucoup de gens originaires de ces régions à la pauvreté qui les contraints à faire la mendicité.

Les familles de mendiants issues de la Guinée Maritime notamment de Conakry est un phénomène très récent. Parmi les mendiants, quelle que soit la tranche d'âge, on dénombre plus d'hommes que de femmes quelque soit l'ethnie considérée. On remarque une présence de plus en plus importante d'enfants parmi la population des mendiants. L'embrigadement de ces jeunes enfants, sains d'esprit et valides de corps, pose de sérieux problèmes de déscolarisation particulièrement chez les filles en âge d'aller à l'école. Ces enfants sont exposés aux intempéries, à la faim, aux brimades aux vexations, ainsi qu'aux courroux des passants et de leurs parents qui les poussent souvent à des déviances. Face à cet environnement malsain, impropre à tout encadrement, il est important que des mesures soient prises en faveur de ces enfants fragiles. Les autorités, les élus locaux, les organisations caritatives et la société civile doivent se mobiliser pour que ces enfants de la rue ne tombent pas dans les mains du grand banditisme.

V- Conditions de vie des mendiants en Guinée

Ne sont mendiants généralement que les aveugles, les infirmes des membres supérieurs ou inférieurs, les lépreux, ou fait nouveau, les femmes sans ressources qui ont eu des triplés et enfin, les personnes du 3^{ème} âge sans enfants ou qui ont rompu avec tous les liens familiaux. Très souvent, dès qu'on parle de mendiants, on pense automatiquement aux handicapés. Cette confusion a été tellement entretenue, même au niveau des autorités, qu'au jour d'aujourd'hui, il n'y a pas à notre connaissance- une étude qui a traitée spécialement des mendiants; Ils ont toujours été incorporés dans des études générales traitant des handicapés moteurs, sensoriels ou encore des malvoyants. C'est la raison pour laquelle ces personnes sont victimes d'exclusion économique et sociale. Taxés tantôt de parias, toujours handicapés, soit physique, sensoriel, ou moteur, souvent sans abris et donc sans domicile fixe, les mendiants se retrouvent parmi les plus marginalisés du pays. Ce sont toutes ces conditions qui font que les mendiants font partie du groupe des plus exclus, car ils ne sont ni bien portants, ni financièrement autonomes. Handicapés, ils souffrent avec leurs enfants, de la forme d'exclusion la plus sévère que subissent les marginaux. C'est la catégorie la plus nécessiteuse parmi les exclus.

Les mendiants vivent, en toute saison, à la belle étoile; exposés aux pires intempéries notamment en hivernage pour les plus nombreux d'entre eux qui vivent à Conakry. L'absence de structures d'accueil, l'absence de toilettes publiques aux endroits qu'ils fréquentent, la cohorte d'enfants de tous âges qu'ils traînent derrière eux, le non accès à l'eau potable, la faim sont autant de facteurs de risques de contamination et de propagation de maladies. L'hygiène et l'hébergement des mendiants posent un sérieux problème de santé et d'hygiène publiques à la direction de la ville de Conakry, du fait de leur forte concentration dans la capitale et notamment à Kaloum.

La situation particulière des mendiants de Conakry, devrait amener dans un premier temps les autorités communales et le gouvernement à prendre des mesures d'urgence pour pallier les carences constatées en matière de salubrité publique mais aussi pour redonner un certain espoir à ces exclus d'un autre âge qui ternissent l'image de la capitale et du pays tout entier.

VI- Stratégie en faveur des enfants vulnérables dans le cadre de l'EPT

Concernant les enfants issus de familles ou de communautés défavorisées, plusieurs initiatives se complèteront pour encourager leur scolarisation et leur maintien dans le système. Dans les zones pauvres les moins scolarisés bénéficieront d'un renforcement des programmes de santé et de nutrition qui garantira un bénéfice direct pour l'enfant (mieux nourri, il apprend mieux, a de meilleurs résultats scolaires donc se maintient dans le système : la rétention augmente et soulagera ainsi les familles). Divers projets s'intègrent dans ce cadre ; un système de cantine scolaire est expérimenté depuis 2001 avec le Programme Alimentaire Mondiale (PAM), un dépistage des maladies parasitaires et une distribution de médicaments sont organisés dans chaque établissement, etc.

Concernant les autres groupes d'enfants de caractéristiques vulnérables (handicapés, enfants des rues), des études seront menées pour déterminer les causes précises de leur scolarisation insuffisante, en vue d'apporter des réponses adaptées à leur besoins spécifiques. Ainsi, par exemple pour les handicapés, les résultats des études permettront de proposer des stratégie de prise en charge, la création de centres spécialisés et l'aménagement des écoles classiques de manière à faciliter l'intégration, en s'inspirant du modèle inclusif.

VII- Contraintes majeures spécifiques aux mendiants

D'une manière générale les mendiants trimbalent avec eux trois types de maux :

- soit ils ont un handicap physique ou sensoriel
- soit ils sont sans ressources
- soit ils sont sans domicile fixe

Ils sont dépourvus de toute qualification, et ne bénéficient d'aucune structure d'accueil et d'aucune forme de prise en charge. Ils ne bénéficient d'aucun accès aux soins de santé et vivent très mal sous quatre types d'exclusion (professionnelle, économique, financière et sociale).

Plus généralement, les contraintes et difficultés auxquelles les mendiants sont confrontés relèvent :

- de la faiblesse des revenus familiaux dans certaines zones du pays, notamment les poches de pauvreté ;
- du relâchement de la solidarité traditionnelle au niveau familial et communautaire ;
- de l'insuffisance ou du manque total d'informations fiables sur le phénomène et les individus qui l'exercent ;
- du manque d'activités génératrices de revenus pour les enfants issus des familles pauvres ;
- de l'indifférence de la communauté face au développement du phénomène et à ses conséquences ;
- de l'inexistence totale de mesures ou de stratégies nationales d'appui au développement de la petite économie familiale.

VIII- Plans d'actions en faveur des mendiants

Afin de mettre en œuvre des actions salvatrices nécessaires à l'amélioration de leurs conditions d'existence, il serait urgent :

- de répertorier les mendiants voulant bénéficier d'une formation ;
- de recenser ceux d'entre eux qui souhaitent bénéficier d'une aide de reconversion ;
- d'organiser une table ronde autour du sujet avec les acteurs sociaux, politiques et humanitaires impliqués dans l'aide et la réinsertion des personnes exclues (élus, autorités, travailleurs sociaux, ONG et organisations caritatives, etc.) ;
- d'entreprendre un plan d'action d'urgence pour la ville de Conakry ;
- d'envisager la construction de centres d'accueil adaptés pour les enfants des mendiants, dans le cadre du programme Education Pour Tous (EPT), initiative accélérée sous l'égide du G8 en relation avec le METPF, le MEPU-EC et les centres Nafa.

Enfin, face à ces multiples constats aussi préoccupants à la fois pour la nation et singulièrement les autorités en charge des affaires sociales, il s'impose de se fixer des objectifs d'éradication du fléau (ou tout au moins sa limitation) par des actions concrètes tant au niveau national que local.

Programme d'Actions à Court, Moyen et Long Termes (2003-2025)

N°	Objectifs Stratégiques	Activités	Périodes d'exécution	Bénéficiaires Cibles	Partenaires Possibles
1.	Mettre en place des dispositifs institutionnels, juridiques et financiers favorables à l'assistance à apporter aux économies familiales en zones rurales	1. Organiser un atelier national de sensibilisation du public sur le phénomène de mendicité et sur la gestion des ressources familiales.	2003	Les services publics et les ONG ou agences humanitaires.	MC, MATDS et les partenaires au développement.
		2. Elaborer et mettre e œuvre un programme national d'IEC sur la gestion et le développement de la petite économie familiale.	2004-2019	Structures en charge de la famille, les communautés locales et les partenaires sociaux.	Partenaires au développement, organisation religieuses et humanitaires.
		3. Organiser des campagnes de sensibilisation des communautés à la base sur l'autorité parentale et l'encadrement familial des jeunes et des adolescents.	2004-2009	Communautés et familles des zones rurales.	Mass Média, organisations religieuses, élus locaux et autorités administratives locales.
		4. Créer un fonds d'aide à l'épanouissement de l'économie familiale en zone rurale.	2004-2005	Familles rurales, initiatrices de micro-projets.	MEF et partenaires au développement
		5. Initier et soutenir des mesures incitatives favorisant l'implication des investisseurs en faveur de la promotion de l'économie familiale en zone rurale.	2005...	Opérateurs économiques et autres agents de développement, société ou compagnies de développement rural, ONG ou agence.	MEF, PNUD, Plan Guinée, Agences de développement.
2.	Favoriser la naissance et le développement de l'esprit d'entreprise au niveau des familles rurales.	1. Former 5 formateurs en économie rurale par région administrative.	2004-2009	Cadre des services administratifs ou privés s'ntéressant à la question.	MEF, METFP, MATDS, PNUD, Plan Guinée.
		2. Assurer la formation en économie familiale de 30 familles rurales par an, par préfecture et pendant 3 ans.	2005-2010	Familles rurales à travers le pays.	MEF, METFP, MATDS, PNUD, Plan Guinée et les Gouvernorats.
		3. Identifier, appuyer et assurer le suivi de 4 familles rurales pilote pour un modèle d'économie familiale à expérimenter.	2006-2011	Une famille par région naturelle.	MEF, PNUD, Plan Guinée, Agences de développement.

N°	Objectifs Stratégiques	Activités	Périodes d'exécution	Bénéficiaires Cibles	Partenaires Possibles
3.	Rechercher toutes informations utiles relatives à la genèse au développement et aux conséquences du phénomène en vue d'une solution appropriée	1. Procéder au recensement exhaustif des mendiants à travers tout le pays.	2003-2004	SEP, SEC, MASPFE, MATDS, ONG et autres institutions.	Autorité administratives, élus locaux MEF, bailleurs de fonds.
		2. Réaliser une étude sur les origines et les causes profondes du phénomène en Guinée	2003-2004	SEP, SEC, MASPFE, MATDS, ONG et autres institutions.	MEF, PNUD, BM, BAD, Plan Guinée, UE, USAID, Plan Guinée.
4.	Mettre en place des dispositions adéquate d'éradication ou délimitation de la propagation du fléau.	1. Assurer la réhabilitation et la réinsertion des mendiants dans leurs familles et villages d'origine.	2004-2006	Mendiants et familles de mendiants à travers le pays.	MEF, PNUD, BM, BAD, Plan Guinée, UE, USAID, Plan Guinée
		2. Assurer la mise en place et le financement de miro- entreprises (librement identifiées par les bénéficiaires)	2004-2008	Mendiants, réintégrés dans leurs familles ou villages d'origine.	Bailleurs de fonds divers, ONG et agences humanitaires, organisations religieuses.
5.	Fournir aux familles rurales les outils de gestion et de planification des ressources humaines locales disponibles.	1. Initier et mettre en œuvre un programme national d'IEC, au niveau communautaire sur : - l'importance économique du planning familial ; - la restauration de l'autorité parentale et son rôle dans la gestion, la maîtrise et la sociabilisation des jeunes enfants.	2009-2016	Les familles en milieu rural (souvent victimes de l'exode rural des jeunes).	AGBEF (IPPF), USAID, AFD, UE.
		2. Initier et soutenir en collaboration avec les communautés à la base des programmes locaux de revalorisation de la culture traditionnelle et le développement des infrastructures culturelles et sportives modernes en milieu rural.	2006-2020	Enfants, jeunes et adolescents filles et garçons des zones rurales	AFD, UE, USAID et Missions diplomatiques

LES SANS DOMICILE FIXE

1. Contexte Socio-économique

Dans un contexte international fait de morosité, d'incertitudes, de troubles sociaux, de conflits armés, et d'une certaine remise en cause de certaines valeurs morales et religieuses autrefois solidement ancrées au sein de la société africaine ; la déstabilisation en profondeur du tissu social et la perte de certains repères sociaux, y compris au sein même de la famille traditionnelle, ont fini par amplifier le phénomène des sans domicile fixe, jadis circonscrit uniquement aux alentours des grandes villes africaines.

L'exode rural et le manque de perspectives pour les paysans dans les campagnes ont drainé des milliers de jeunes ruraux vers les villes dans l'espoir d'un lendemain meilleur. Ainsi et à la faveur de la nouvelle option libérale prônée par le pays, dans un contexte de mondialisation et de démographie galopante, villes et campagnes sont, toute proportion gardée, envahies par la même onde de choc. Il en va ainsi du manque d'emploi, de l'oisiveté et du chômage des jeunes avec leurs corollaires que sont l'usage de la drogue, la criminalité, la multiplication des filles- mères mais aussi et surtout l'apparition des sans domicile fixe dans les villes.

2. Cause et origine des Sans domicile fixe en Guinée

Si en Amérique du Nord et en Europe, le phénomène des sans domicile fixe remonte à la grande crise économique de 1929, puis à la fin de la guerre du Vietnam pour les Etats-Unis et au début des années 70 pour l'Europe (dû au premier choc pétrolier); en Afrique et singulièrement en Guinée, ce phénomène est tout à fait récent. Au départ, il était le fait de quelques marginaux en rupture de ban avec la cellule familiale ou qui ont vécu un traumatisme qui les ont poussé à un repli sur soi ou vers certaines déviances sociales (fous, lépreux, tuberculeux, ou alcooliques,...).

Avec l'ouverture économique et la refonte du système administratif guinéen, des milliers de déflatés ont été éjectés, du jour au lendemain, sans ou presque rien en compensation à leur nouvelle situation. Certains parmi ces travailleurs faisaient vivre en moyenne une dizaine de personnes. Cette nouvelle donne a entraîné une situation de précarité généralisée, au milieu des années 80. Parallèlement, Conakry a exercé un attrait sans précédent sur l'arrière pays, drainant vers son agglomération et sa périphérie qui concentrent l'essentiel du pouvoir administratif, financier et industriel du pays, un afflux massif de ruraux en quête d'emplois. Presque à la même période (1989), éclataient le long de ses frontières sud et sur plus de 600 km, deux conflits meurtriers d'un barbarisme jamais égalé et qui devaient l'obliger à abriter, et pour longtemps, des centaines de milliers de réfugiés, fuyant les atrocités perpétrées en Sierra Leone et au Libéria.

La conjonction de ces deux phénomènes (exode rural et afflux massif de réfugiés) vont compliquer davantage une situation sociale et économique au demeurant tendue. Ainsi de phénomène marginal au départ, les sans domicile fixe vont prendre une ampleur de plus en plus inquiétante, à telle enseigne que les autorités centrales, les élus locaux et la société civile ont lancé un cri d'alarme afin que des mesures appropriées soient prises pour circonscrire et endiguer le fléau.

En fait de sans domicile fixe, il s'agirait plutôt, en Guinée, de sans abris. C'est l'acception qui est admise et retenue comme terminologie par les services en charge de ce groupe cible, au département des Affaires Sociales. Communément, on appelle sans domicile fixe ou sans abris, les personnes, ou catégories de personnes se trouvant dans l'incapacité (temporaire ou définitive) d'élire un domicile fixe à un endroit précis, si précaire soit il, suite à une perte d'emploi, à une fin de prise en charge familiale ou collective, à une catastrophe naturelle ou tout autre conflit armé.

En Guinée, cette catégorie serait composée de personnes marginales, ayant perdu tout contact familial et ayant rompu tous les liens avec la communauté des ressortissants dont elles sont issues. Ces personnes se recrutent parmi les fous, les ivrognes, les drogués, mais aussi (fait nouveau) parmi les jeunes issus de la rue, les filles mères, les ruraux sans attache familiale en ville, etc.

Ils vivent généralement de mendicité, de petits larcins (pour les cas les plus asociaux), mais aussi de petits boulots (cireurs de chaussures, porteurs, laveurs de voitures, tâcherons, journaliers, etc.). A la tombée de la nuit, ils squattent les maisons inhabitées à l'abri des regards, ils occupent les étals sur les marchés, les quelques abris de bus le long de certaines grandes artères ou devant certains édifices publics à la devanture de certains magasins, moyennant un petit pécule pour monnayer leurs services «de gardiennage».

3. Répartition Spatiale

Bien qu'étant un phénomène typiquement urbain, les enquêtes réalisées sur le terrain ont fait apparaître, toute proportion gardée, les signes d'une gangrène qui gagne peu à peu le milieu rural et surtout péri-urbain. Les grands centres urbains de l'intérieur du pays ainsi que leurs gros bourgs environnants, sont devenus des zones de prédilection de ces nouveaux exclus de la société guinéenne. Cette concentration est fonction du pouvoir d'attraction qu'exerce ledit centre urbain sur son environnement immédiat. Ainsi les capitales régionales (Labé, Kankan, Kindia et N'Zérékoré) tout comme certaines villes importantes telles que Mamou, Boké, Fria, Faranah, Kissidougou, Siguiri, ... constitueraient le point de ralliement de plusieurs sans-abris – abris locaux, échoués là par hasard ou au gré de l'espérance, pour la quête quotidienne d'une survie incertaine, faite d'errance, de brimades et de déchéance humaine.

Néanmoins, Conakry est de loin le point focal de ces nombreux sans-abris qui peuplent la capitale et sa périphérie. Le dépouillement et l'analyse des différentes enquêtes de terrain ainsi que les études prospectives qui en découleront permettront d'avoir une idée plus claire sur l'ampleur du phénomène à travers le pays et notamment son impact social réel à Conakry.

4. Conditions de vie

Parmi tous les groupes ciblés par la présente étude, les sans domicile fixe (ou sans abri) constituent, certainement, le groupe le moins marginalisé et du coup, le moins exclu des rouages de la société guinéenne. Cet état de fait s'explique, sociologiquement parlant, par l'absence de déviances sociales et de comportements anormaux qui caractérisent la majorité des sans-abris, contrairement aux autres groupes dits marginaux (toxicomanes, fous et mendiants en particulier).

Les sans-abris ne sont pas, loin s'en faut, des exclus sociaux mais des exclus économiques. Comme nous l'avons souligné plus haut, ils vivent de petits boulots (cirage, portage, portefaix, dockers, tâcherons, journaliers, etc.) et évoluent en petits groupes arpentant les artères de la ville ou déambulant aux abords des marchés et autres espaces publics à la recherche de la pitance quotidienne.

Parmi eux, on retrouve nombre d'enfants oisifs ou en rupture familiale. Néanmoins les plus entreprenants d'entre eux finissent toujours par s'en sortir de la spirale de la misère, en se regroupant à plusieurs pour faire face à un loyer. Cependant la grande majorité verse dans la petite délinquance où, en l'absence de mesures de prévention et de réinsertion professionnelle, ils se frottent aux gangs lors de leurs fréquents séjours en prison. En général, ils finissent par tomber dans les mains du grand banditisme qui essaime tant la capitale aujourd'hui.

Si, d'une façon ou d'une autre, les sans domicile fixe ne se sentent pas exclus de la société, leur situation prend une tournure dramatique en hivernage. Compte tenu de la forte pluviométrie qu'enregistre Conakry et sa périphérie et en l'absence de toute initiative de prise en charge ou de structure d'accueil, ne serait ce

que saisonnière, les sans-abri se retrouvent dans le dénuement total, sous la pluie et dans la boue, en saison pluvieuse. De ce fait, ils sont soumis aux pires intempéries, au manque d'hygiène et se voient ainsi exposés à toute sorte de maladies, notamment bactériologiques, infectieuses et respiratoires.

Néanmoins, c'est durant cette période que les plus avertis d'entre eux, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas encore perdu toute attache famille, choisissent pour rentrer au village afin d'aider les siens aux travaux champêtres avant de revenir à Conakry dès le retour de la belle saison.

6. Contraintes

Quelque soient les motifs ou les origines qui l'expliquent, la catégorie sociale en incapacité temporaire ou définitive de se trouver un domicile fixe, est aujourd'hui un fait réel.

Bien que récent par rapport aux autres groupes marginaux, le phénomène des «Sans Domicile Fixe» commence à générer des inquiétudes et susciter des réflexions sur d'éventuelles solutions à envisager pour limiter son ampleur et son impact sur la société.

La série de propositions de solutions à envisager doit se fonder sur les contraintes et difficultés actuelles ayant contribué à la naissance, au maintien et au développement du phénomène en Guinée ; ces contraintes et difficultés peuvent être :

- la baisse ou la faiblesse des revenus familiaux dans certaines zones rurales des régions du pays ;
- le taux de natalité très élevé dû au manque de planning familial conduisant à un sur surplus d'enfants dans des familles pauvres ;
- l'affaiblissement progressif de l'emprise familiale sur les enfants âgés de 12 ans et plus ;
- Le relâchement du pouvoir traditionnel de gestion communautaire des familles et des villages ;
- le manque quasi total de dispositifs juridiques ou institutionnels concrets en faveur des individus et familles victimes de la récente refonte du système administratif opérée dans le pays ;
- le manque notoire d'informations sur cette frange de populations marginales ;
- la non scolarisation ou la déscolarisation précoce des enfants à parents ou familles pauvres ;
- l'attrait qu'exerce sur certaines victimes, le mirage des cités urbaines, périurbaines ou industrielles du pays ;
- le manque de prise en compte de l'apparition et du développement du phénomène dans l'élaboration des politiques et stratégies nationales de développement du pays ;
- absence totale de politique ou de stratégie nationale d'appui à l'économie familiale en zone rurale
- le manque de mesures et dispositions matérielles favorables au maintien des jeunes enfants dans leurs familles d'origine et limitant l'exode rural.

Face à ces multiples difficultés qui, du reste, constituent une des préoccupations des structures administratives en charge des groupes marginaux en Guinée, un certain nombre de suggestions recommandations s'imposent.

7. Suggestions recommandations

Rappel des Contraintes identifiées	N° d'Ordre	Recommandations proposées
10	1	Elaboration d'une stratégie nationale d'appui au développement de l'économie familiale rurale.
1	2	Mise en place d'un mécanisme national de subvention des familles rurales défavorisées.
	3	Initiation et mise en œuvre d'un programme national de formation en gestion moderne et en développement de la petite économie familiale rurale.
	4	Constitution d'une banque de données fiables sur le phénomène des « Sans Domicile Fixe » en Guinée.
6	5	Information et sensibilisation des populations en général, celles rurales en particulier concernant : - les nombreuses naissances non contrôlées ; - le rôle déterminant de la famille pour le développement et l'équilibre des jeunes enfants.
2 – 3 et 4		

8. Actions à mener :

- Recommandation 1

Elaboration d'une stratégie nationale d'appui ou développement de l'économie familiale rurale.

□ *Objectifs stratégique 1*

Mettre en place les dispositifs institutionnels, juridiques et financiers favorables à l'assistance à apporter aux économies familiales rurales.

Activité 1 : organiser un atelier national de sensibilisation du public sur la nécessité du développement de l'économie familiale rurale.

Activité 2 : élaborer un document (lettre de politique, programme d'assistance) national d'appui à la famille rurale.

Activité 3 : mettre en place et équiper une cellule nationale de suivi et évaluation des actions en faveur des familles rurales déshéritées.

- Recommandation 2

mise en place d'un mécanisme national de subvention des familles rurales défavorisées.

❑ **Objectif Stratégique 2**

permettre aux familles rurales pauvres d'accéder aux crédits nécessaires au développement de leur économie de subsistance.

Activité 4 : créer un fonds national d'aide à l'épanouissement de l'économie familiale rurale.

Activité 5 : initier et soutenir des mesures incitatives favorisant l'implication des investisseurs aux activités de promotions de l'économie familiale rurale.

- **Recommandation 3**

Initiation et mise en œuvre d'un programme nationale de formation en gestion moderne et en développement de la petite économie familiale rurale

❑ **Objectif Stratégique 3 :**

Favoriser la naissance et le développement de l'esprit d'entreprise au niveau des familles rurales.

Activités 6 : former cinq formateur s en économie familiale par région administrative.

Activité 7 : assurer la formation en économie familiale de 30 familles rurales par préfecture et par an pendant 3ans.

Activité 8 : identifier, appuyer et assurer le suivi de quatre familles rurales pilotées par un modèle d'économie familiale à expérimenter.

- **Recommandation 4**

Constituer une banque de données fiables sur le phénomène de " Sans Domicile Fixe" en Guinée.

❑ **Objectif Stratégique 4 :**

Chercher à disposer de toutes les informations utiles relatives à la jeunesse aux développement et aux conséquences du phénomène en vue d'une solution appropriée.

Activités 9: procéder au recensement exhaustif des sans Domicile fixe par préfecture à travers le pays.

Activité 10 : réaliser une étude sur les origines ou causes profondes du phénomène en Guinée.

❑ **Objectif Stratégique 5 :**

Mettre en place des dispositions adéquates d'éradication ou de limitation de la propagation du fléau.

Activité 11 : assurer le retour et la réinsertion communautaire des SDF dans leurs villages et familles d'origine.

Activité 12 : assurer la mise en place et le financement des micro-entreprises (librement identifiées par les bénéficiaires).

- **Recommandation 5 :**

Information et sensibilisation des populations en général, celles rurales en particulier concernant : les nombreuses naissances non contrôlées : Le rôle déterminant de la famille pour le développement et l'équilibre des jeunes enfants.

□ **Objectif Stratégique 6 :**

Fournir aux familles rurales les outils de gestion et de planification des ressources humaines locales disponibles.

Activité 13 : initier et mettre en œuvre un programme national d'information d'éducation et de communication (IEC) au niveau communautaire sur :

L'importance économique du planning familial ;

La restauration de l'autorité parentale et son rôle dans la gestion, la maîtrise et la socialisation des jeunes enfants

Activité 14 : initier et soutenir en collaboration avec les communautés à la base des programmes locaux de revalorisation de la culture traditionnelle et le développement des infrastructures culturelles moderne pour enfants et jeunes Villageois.

Programme d'Actions à Court Terme (2003-2005)

N°	Rappel des Objectifs Stratégiques	Activités	Bénéficiaires Cibles	Périodes d'exécution	Partenaires Possibles
1.	Mettre en place des dispositifs institutionnels, juridiques et financiers favorables à l'assistance apportée aux économies familiales rurales.	Activité 1 : organiser un atelier national de sensibilisation du public sur la nécessité du développement de l'économie familiale rurale.	Agents et cadres des structures centrales et déconcentrées du MASPFE, du MATD, institution de bien faisances humanitaires UNICEF, et ONG, Agences.	2003	MASPFE + MATD MEF + FNUAP, USAID, UNICEF, MEN
		Activité 2 : élaborer un document (lettre de politique, de programme d'assistance) national d'appui à la famille rurale.	- Familles rurales du pays. - Services en charge des SDF et des familles. - Institutions intéressées	2003-2004	MASPFE, MATD, FNUAP, Education, USAID, UNICEF
		Activité 3 : mettre en place et équiper une cellule nationale de suivi et d'évaluation des actions en faveur des familles rurales déshéritées.	Ministères, agences, ONG et autres institutions intéressées aux SDF et au développement familial.	2004-2005	USAID, PNUD, MASPFE
2.	Permettre aux familles rurales pauvres d'accéder aux crédits nécessaires au développement de leur économie de subsistance.	Activité 4 : créer un fonds national d'aide à l'épanouissement de l'économie familiale rurale.	Familles rurales déshéritées initiatrices de micro projets générateurs de revenus.	2004-2005	MASPFE, MEF, Patronat
		Activité 5 : initier et soutenir des mesures incitatives favorisant l'implication des investisseurs aux activités de promotion de l'économie familiale rurale.	- Investisseurs intéressés au développement familial et communautaire. - Ministère en charge des SDF, patronat.	2004-2005	MASPFE, MEF, Patronat.

Programme d'Actions à Moyen Terme (2006-2010)

N°	Rappel des Objectifs Stratégiques	Activités	Bénéficiaires Cibles	Périodes d'exécution	Partenaires Possibles
3.	Favoriser la naissance et le développement de l'esprit d'entreprise au niveau des familles rurales.	Activité 6 : former cinq formateurs en économie familiale par Région Administrative	Cadres des structures centrales et déconcentrées en charge des SDF.	2006-2007	MAPFE, METFP, PNUD
		Activité 7 : assurer la formation en économie familiale de 30 familles rurales par préfecture et par an, pendant trois (3) ans.	- 2970 familles rurales en 36 mois.	2006-2008	MASPFE, MATD, UNESCO, MEF
		Activité 8 : identifier, appuyer et assurer le suivi de quatre (4) familles rurales pilotes pour un modèle d'économie familiale rurale à expérimenter.	- une famille par région naturelle, quatre familles rurales du pays.	2005-2007	MASPFE, MATD, Partenaires au développement
4.	Chercher à disposer de toutes les informations utiles relatives à la genèse, au développement et aux conséquences du phénomène en vue d'une solution appropriée.	Activité 9 : procéder au recensement exhaustif des SDF par préfecture à travers le pays.	MASPFE, MATD, SEP, Agences, ONG et autres missions intéressées.	2005-2006	MASPFE, SEP, PNUD, Plan Guinée.
		Activité 10 : réaliser une étude sur les origines ou causes profondes du phénomène en Guinée.	MASPFE, MATD, SEP et autres institutions partenaires.	2005-2006	MASPFE, SEP, PNUD, Plan Guinée

Programme d'Actions à Long Terme (2011-2025)

N°	Rappel des Objectifs Stratégiques	Activités	Bénéficiaires Cibles	Périodes d'exécution	Partenaires Possibles
5.	Mettre en place des dispositifs adéquats d'éradication ou de limitation de la propagation du fléau.	Activité 11 : assurer le retour et la réinsertion communautaire des SDF dans leurs villages et familles d'origine.	Les SDF, familles et villages concernés.	2011-2016	MASPFE, MEF, Patronat, syndicats des transporteurs, FNUAP, PNUD
		Activité 12 : assurer la mise en place et le financement des micro entreprises génératrices de revenus (librement identifiées par les bénéficiaires de la mesure).	Les SDF en retour et réinsérés dans leurs familles ou villages d'origine.	2011-2025	PNUD, MASPFE, Plan Guinée, USAID et autres partenaires au développement.
6.	Fournir aux familles rurales les outils de gestion et de planification des ressources humaines locales disponibles.	Activité 13 : initier et mettre en œuvre un programme national d'information, d'éducation et de communication (IEC) au niveau communautaire sur : - l'importance économique du planning familial ; - la restauration de l'autorité parentale et son rôle dans la gestion, la maîtrise et la socialisation des jeunes enfants.	Familles rurales des communautés à la base programmées.	2004-2017	MASPFE , MEF, MEN, USAID, Plan Guinée, FNUAP, ONG, AgenceS Humanitaires PACV communautés à la base.
		Activité 14 : initier et soutenir en collaboration avec les communautés à la base, des programmes locaux de revalorisation de la culture traditionnelle et développement des infrastructures culturelles modernes pour enfants et jeunes villageois.	- Familles rurales ; - Enfants et jeunes des communautés à la base.	2005-2020	MASPFE, MEF, MATD, MJCS, élus locaux.

RESULTATS DE L'ENQUETE

I- Introduction

Cette enquête s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté en Guinée. Le Secrétariat Permanent chargé de la stratégie de réduction de la pauvreté conjointement avec la Direction Nationale de la Promotion et de la Protection Sociale avec l'appui de la BAD ont lancé cette étude dans le but d'obtenir des **informations complémentaires permettant de mieux appréhender le phénomène de la pauvreté** et de mieux comprendre la situation des couches les plus vulnérables de la société guinéenne que sont les handicapés, les mendiants, les personnes âgées, les sans domicile fixe, et les toxicomanes. Les données sur ces personnes sont essentielles à l'évaluation et à l'intégration d'activités porteuses en leur faveur dans la programmation et la mise en œuvre de projets de lutte contre la pauvreté. Mieux connaître leur nombre, leur localisation, leurs aspirations permet de les prendre en compte et de planifier des ressources et des activités orientées vers leur épanouissement en tant que citoyens à part entière.

1. Echantillonnage

L'enquête a été menée par vingt cinq enquêteurs sous la supervision d'un Statisticien Economiste, d'un Sociologue et de la Coordinatrice de la DNPPA. Elle s'est déroulée à travers les quatre régions naturelles du pays et dans les quatre communes de la capitale. Au total sur un échantillon prévu de 2 500 individus 1956 personnes ont pu être interrogées. Parmi les 1956 personnes on dénombre 1293 hommes, 501 femmes, et 165 enfants. L'enquête s'est déroulée dans 33 communautés rurales de développement.

Le fichier des zones de dénombrement issu du recensement général de la population de 1996 à servi de base de sondage. L'échantillon stratifié et pondéré est représentatif au niveau national et au niveau des milieux de résidence et des régions. Chaque région est identifiées comme un domaine d'étude qui a fait l'objet d'un rapport individualisé.

2. Le questionnaire

Le questionnaire en annexe de ce rapport, est rédigé en français. Il a été administré dans les langues locales (soussou, poular, maninka, kissi, toma et guéré) selon les régions. Les enquêteurs sélectionnés et ont été formés, affectés sur la base de leur maîtrise des langues locales. Les questionnaires sur les individus permettent de classer les personnes par catégorie, par type de handicap et d'identifier leurs préoccupations ainsi que la nature de leurs besoins, etc.

Le questionnaire sur les organisations caritatives en annexe a permis d'identifier, de localiser et de répertorier les organisations actives dans les différentes localités du pays.

3. Collecte des données

Après une formation d'une journée au bénéfice des enquêteurs et la distribution d'un guide d'enquête détaillé aux superviseurs régionaux, les quatre équipes régionales plus celle de Conakry, composée chacune de trois (3) enquêteurs, d'une (1) enquêtrice et d'un (1) chef d'équipe ont visité les préfectures, communes urbaines et communautés rurales de développement (CRD) sélectionnées, afin de réaliser l'enquête programmée.

Les autorités régionales, préfectorales et locales étaient préalablement sensibilisées quant à l'objet et à l'utilisation des résultats de l'étude. Elles ont ainsi facilité l'administration de l'enquête dans certains cas tels que les entretiens avec les toxicomanes en état de détention préventive ou de longue durée.

Les équipes régionales avaient chacune à sa disposition un (1) véhicule et un (1) chauffeur durant toute la période l'enquête (10 jours). Chaque équipe était tenue de rédiger un rapport sur le déroulement de l'enquête.

4. Exploitation des données

Les rapports préparés par les superviseurs et les fiches d'enquête des équipes ont été minutieusement vérifiés par le statisticien et le consultant principal afin de s'assurer de la cohérence des informations recueillies. Un entretien entre le consultant principal et chacun des cinq (5) superviseurs a permis d'opérer des ajustements, de compléter des informations manquantes et de préciser certaines données. Cette procédure a permis d'améliorer la qualité des informations recueillies.

La saisie des données a été réalisée sur micro ordinateur par une secrétaire assistée du statisticien.

5. L'Analyse de données

L'exploitation des données a permis d'obtenir les tableaux de synthèse ci-après :

Répartition spatiale des groupes marginaux dans les cinq régions selon les résultats de l'enquête

Conakry et Régions Naturelles	Nombre total d'enquêtés				Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	Total	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Conakry	498	327	112	59	57	32	11	57	37	5	58	13	29	81	5	14	74	25
Guinée Maritime	381	250	98	33	51	31	27	42	13	2	54	2	3	51	0	1	52	52
Moyenne Guinée	335	250	62	23	57	16	14	41	18	3	44	3	1	37	0	5	71	25
Haute Guinée	401	240	136	25	70	40	13	59	51	10	13	2	0	10	0	2	88	43
Guinée Forestière	344	226	93	25	61	35	6	45	31	18	16	5	0	25	1	1	79	21
Total	1 959	1 293	501	165	296	154	71	244	150	38	185	25	33	204	6	23	364	166
Total sous groupes					521			432			243			233			530	
Pourcentage	100%				26%			22%			13%			12%			27%	

Personnes enquêtées souhaitant bénéficier d'une formation en vue de leur réinsertion sociale

Conakry et Régions Naturelles	Nbre total de Rép. obtenues			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Conakry	58	28	25	20	20	8	23	7	4	-	-	6	13	1	7	-	-
Guinée Maritime	72	8	4	38	8	4	7	-	-	12	-	-	15	-	-	-	-
Moyenne Guinée	68	8	8	43	-	7	16	8	1	-	-	-	4	-	-	5	-
Haute Guinée	37	14	3	16	7	2	2	1	-	2	-	-	-	-	-	17	5
Guinée Forestière	20	15	14	6	5	3	14	10	11	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	235	73	54	123	40	24	62	26	16	14	-	6	32	1	7	22	5

**Personnes enquêtées ayant un emploi
générateur de revenus**

Conakry et Régions Naturelles	Nbre total de Rép. obtenues			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Conakry	95	12	14	17	8	1	1	1	0	18	0	12	34	2	1	25	1
Guinée Maritime	54	14	1	24	13	1	-	-	-	-	-	-	14	-	-	16	1
Moyenne Guinée	67	14	-	25	5	-	3	-	-	-	2	-	15	-	-	24	7
Haute Guinée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée Forestière	70	8	1	17	8	1	-	-	-	3	-	-	15	-	-	35	-
Total	286	40	16	83	34	3	4	1	0	21	2	12	78	2	1	100	9

De l'analyse des données et à l'examen des rapports régionaux fournis par les équipes d'enquête, on retient que les groupes marginaux (handicapés, mendiants, sans domicile fixe, personnes âgées et toxicomanes) appartiennent à la couche la plus démunie de la population aussi bien dans les villes que dans les campagnes. Ils sont dans une situation de pauvreté absolue et ne cherchent, dans leur vaste majorité, que la satisfaction de leurs besoins primaires. La priorité des priorités c'est avant tout comment faire pour ne pas mourir de faim. Leur activité principale confirmée par l'enquête étant la mendicité, car 342 individus seulement sur 1959 interrogés ont un emploi générateur de revenus, parmi lesquels 109 sont des personnes du 3^{ème} âge encore actives, une partie des toxicomanes actifs (40) et des personnes avec un léger handicap (120).

Sur 1959 personnes marginales, 362 (soit 20%) souhaitent bénéficier d'une formation nécessaire à une réinsertion sociale. Parmi ces personnes on dénombre 235 hommes, 73 femmes et 54 enfants. Ceux d'entre eux qui sollicitent une formation sont surtout des handicapés souhaitant une certaine réhabilitation. Ils sont au nombre de 187 personnes, soit plus de 50% de l'effectif des handicapés.

Les résultats de l'enquête confirme la proportion de répartition des groupes marginaux à travers le pays fournie par le dernier recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 1996. Toutes proportions gardées, l'enquête a révélé que les phénomènes de toxicomanie et de sans domicile fixe (SDF), peu répandus dans les campagnes, sont plus accentués dans la capitale que dans les autres villes du pays. La même enquête confirme que la mendicité est plus répandue dans les agglomérations urbaines que dans les zones rurales, où les familles prennent en charge leurs membres victimes de handicaps.

**Répartition des personnes enquêtées par
Régions naturelles et à Conakry**

Conakry et Régions Naturelles	Total	Handicapés	Mendiants	S.D.F	Toxicos	Vieux
Conakry	498	90	99	85	100	99
Guinée Maritime	381	109	57	59	52	104
Moyenne Guinée	335	87	62	48	42	96
Haute Guinée	401	123	120	15	12	131
Guinée Forestière	344	102	94	21	27	100
Total	1 959	511	432	228	233	530

Etude diagnostic sur les groupes marginaux dans la ville de Conakry

I- Introduction

Du 16 au 24 août 2002, une mission composée de cinq enquêteurs s'est rendue dans le Gouvernorat de Conakry en vue de procéder à une enquête sur les groupes marginaux (personnes handicapées, personnes âgées, toxicomanes, sans domicile fixe et mendiants). Cette mission est organisée dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté dans le secteur social. L'enquête vise à donner des informations sur les conditions de vie des catégories sociales citées plus haut en vue de constituer une banque de données devant permettre l'élaboration de projets visant à améliorer leurs conditions d'existence.

II- Aperçu démographique de la ville de Conakry

La ville de Conakry est constituée de cinq communes :

- Kaloum	73.181 habitants ;
- Dixinn	147.689 habitants ;
- Matam	157.715 habitants ;
- Ratoma	324.185 habitants ;
- Matoto	390.166 habitants.

Soit une population totale de 1.092.936 habitants ;

III- Diagnostic de la situation

La ville de Conakry, compte tenu de ses potentialités économiques, regorgent de plusieurs catégories vulnérables qui, aujourd'hui, sont victimes de marginalisation. Ce sont entre autres :

1. **Les personnes handicapées** dont la majeure partie provient de l'intérieur du pays à cause des potentialités économiques de la capitale où elles espèrent trouver de meilleures conditions de vie. Ces personnes se divisent en deux catégories :
 - la première vit de mendicité au bord des rues et sur les places publiques ;
 - la deuxième vit dans les familles à la charge des parents.
2. **Les personnes âgées** sont constituées en grande partie d'ouvriers ou de fonctionnaires retraités ou d'anciens petits négociants pour les hommes et de veuves en majorité chez les femmes. Cette catégorie, avec l'urbanisation et la croissance économique et démographique de ces dix dernières années, vit dans des conditions extrêmement difficiles (pension insuffisante pour leur propre prise en charge ainsi que celle de leur famille manque totale de ressources pour les autres émergence de femmes chefs de familles sans ressources, etc.).

Il est important de signaler que, considérées comme devant jouer un rôle régulateur dans la famille, les personnes âgées perdent de jour en jour cette attribution qui était la leur.

3. **Les Sans domiciles fixes** : la faiblesse des rendements agricoles et le mirage qu'exercent les grandes villes ont conduit nombre de jeunes à migrer vers les villes à la recherche du bonheur. C'est ainsi que la plupart des personnes interviewées sont venues de l'intérieur du pays et se sont trouvées obligées d'élire domicile dans les marchés ou les places publiques de la capitale. Cette catégorie se trouve exposées à des agressions, à des maladies et à des déviances morales et comportementales.

4. **Les mendiants** : depuis un certain temps, la ville de Conakry est envahie par un nombre important de mendiants constitués de personnes valides. Cette situation est une résultante directe de l'état de pauvreté extrême que connaît une bonne partie de la population. Elle risque d'empirer si des mesures palliatives ne sont pas prises à temps par les autorités de la ville de Conakry.
5. **Les toxicomanes** : l'afflux des réfugiés suite à la rébellion dans les pays limitrophes a été l'un des facteurs qui a favorisé l'accroissement de la consommation et de la vente illicite de drogues dans le pays. Les enquêtes à Conakry ont montré :
- une présence certaine de consommateurs dans les quartiers ;
 - une certaine peur que cela entraîne au niveau des familles; l
 - la présence de nombreux toxicomanes admis au service psychiatrique de Donka, qui devient un lieu de débarras pour les familles ;
 - la méconnaissance du phénomène par les familles ce qui amène souvent à faire la confusion entre folie et toxicomanie ;
 - l'insuffisance de structures de prise en charge des personnes victimes de toxicomanie.

Le phénomène de toxicomanie prend ses racines dans les changements socio-économiques qui ont caractérisé la société guinéenne ces dernières années. En effet, l'absence d'opportunités d'emploi, l'éclatement des familles, le développement de l'individualisme font que dans certains quartiers de la ville de Conakry, la pauvreté est en constante augmentation. La toxicomanie en est souvent l'une des conséquences de cette pauvreté urbaine.

Répartition spatiale des groupes marginaux au sein de la population

Communes	Nombre total d'enquêtés			Handicapés			Mendiants			SDF			Toxicomanes			Personnes âgées		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	
Dixinn	49	28	23	4	12	4	13	4	3	6	1	13	16	1	3	10	10	
Matam	76	21	3	12	8	0	15	5	0	17	1	2	16	3	1	16	4	
Matoto	59	23	18	13	3	4	4	16	0	12	1	7	12	1	7	18	2	
Kaloum	66	25	8	12	5	3	10	8	2	8	10	2	19	0	1	17	2	
Ratoma	77	15	7	16	4	0	15	4	0	15	0	5	18	0	2	13	7	
Total	327	112	59	57	32	11	57	37	5	58	13	29	81	5	14	74	25	

Personnes marginales enquêtées souhaitant bénéficier d'une formation

Communes	Population totale			Handicapés			Mendiants			SDF			Toxicomanes			Personnes âgées		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	
Dixinn	49	28	23	1	7	4	10	2	3	0	0	6	2	1	3	0	0	
Matam	76	21	3	5	6	0	4	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	
Matoto	59	23	18	7	1	3	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
Kaloum	66	25	8	4	4	1	8	3	1	0	0	0	2	0	1	0	0	
Ratoma	77	15	7	3	2	0	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	
Total	327	112	59	20	20	8	23	7	4	0	0	6	13	1	7	0	0	

Personnes marginales enquêtées ayant un emploi générateur de revenus

Communes	Population totale			Handicapés			Mendiants			SDF			Toxicomanes			Personnes âgées		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	
Dixinn	49	28	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	
Matam	76	21	3	2	0	0	0	0	0	3	0	1	7	1	0	6	0	
Matoto	59	23	18	3	0	0	0	0	0	5	0	7	7	0	1	3	0	
Kaloum	66	25	8	5	6	1	0	0	0	3	0	0	8	1	0	13	1	
Ratoma	77	15	7	7	2	0	1	1	0	7	0	4	12	0	0	1	0	
Total	327	112	59	17	8	1	1	1	0	18	0	12	34	2	1	25	1	

IV- Evaluation du potentiel d'appui susceptible de favoriser leur réinsertion

En dépit du fait que la ville de Conakry a quelques avantages sur les autres centres urbains du pays, beaucoup de choses restent à faire dans le cadre de la réinsertion des personnes marginales. Cependant, on note :

- l'existence de quelques rares structures d'encadrement des catégories concernées qui méritent d'être renforcées au niveau des communes (il s'agit notamment de la Cité Solidarité, de l'école des Sourds-muets, de l'école des Aveugles, du CNO, etc.
- une volonté politique du gouvernement d'entreprendre quelques actions pour les déshérités ;
- l'existence de quelques ONG caritatives œuvrant dans le secteur de l'assistance sociale ;
- l'existence de nombreuses activités susceptibles de favoriser leur réinsertion.

V- Activités porteuses et propositions d'axes d'intervention

Les personnes marginales pourraient bien être réinsérées dans les domaines ci-après :

- gardiennage des parcs publics ;
- surveillance des Jardins et garderie d'enfants ;
- vente de billets PMU ; petit commerce ; ramassage d'ordures ménagères.

VI- Proposition d'axes d'intervention :

- organisation de rencontres avec les autorités du Gouvernorat de Conakry ;
- sensibilisation des bénéficiaires, accroissement des allocations budgétaires en faveur des groupes marginaux dans les programmes nationaux de développement ;
- renforcement des structures d'encadrement des personnes marginales au niveau des communes.

Situation socio-économique des groupes marginaux en Guinée Maritime

I- Diagnostic

L'équipe d'enquêteurs de la Guinée Maritime a enquêté 405 individus de catégories différentes. De ces enquêtes, il ressort que les groupes marginaux font partie des couches les plus défavorisées de la société guinéenne. Au cours de l'enquête, nous avons constaté que les personnes handicapées et les personnes du 3^{ème} âge, ont souvent comme activité principale la mendicité, à défaut d'être des citoyens totalement oisifs. Avec l'exode rural, les vieilles personnes se retrouvent seules dans les zones rurales. Les jeunes frappés par la misère et le chômage, quittent les villages à la recherche d'un emploi dans les zones urbaines. Selon les données de la gendarmerie et de la police des localités enquêtées et confirmées par le nombre important de déficients mentaux et jeunes incarcérés pour consommation et vente illicite de drogue, Forécariah et Maferinya battent le record en matière de toxicomanie en Guinée Maritime.

Du fait que ces deux localités se trouvent dans une zone frontalière avec la Sierra Leone, la culture du cannabis se pratiquerait à Layah, Benty et Farmoriya dans Forecariah et à Balamoyah à la frontière Sierra Leonaise. L'ouverture des frontières depuis 1984 et l'afflux des réfugiés dans la zone ont accentué le phénomène. Selon les autorités en place, la culture et la commercialisation du cannabis sont devenues des activités génératrices de revenus pour beaucoup de familles qui bénéficient de la complicité de certains agents postés à la frontière.

L'enquête menée en Guinée Maritime, révèle que la mendicité est un phénomène urbain. Dans les CRD, il est rare de trouver des personnes qui mendient, on les trouve seulement les vendredis aux alentours des mosquées et le jour des marchés hebdomadaires. La solidarité villageoise et la culture locale font que ces personnes sont entièrement supportées par les familles. Les "Sans domicile fixe" se comptent parmi les jeunes en quête d'emploi auprès des sociétés telles que CBK et Garafiri. On les rencontre également à Kindia, Tamita et Kolaboui (dans Boffa et Boké) respectivement à cause du projet de construction du pont sur la Fatala et le bitumage des tronçons routiers Boffa-Boké, Boké-Sangarédi et Kolaboui-Kamsar. Les jeunes en quête d'emploi dans les sociétés minières, désœuvrés pendant des mois, se livrent à de petites activités telles que la recherche du bois mort, le montage de huttes dans les petits marchés, le transport de bagages et la vente de carburant, etc.

On compte également parmi les « sans domicile fixe » les personnes victimes des incursions rebelles, qui ont perdu tous leurs biens et familles et qui sont contraintes de rester dans la ville d'accueil. Dans certaines zones urbaines, en raison de l'exode rural, beaucoup de jeunes venus de la Moyenne Guinée et pratiquant les petits métiers (cireurs, vendeurs, etc.) se retrouvent dans le lot des sans domicile fixe.

Aucune localité traversée de la zone Maritime n'enregistre une forme d'initiative locale sous forme d'association, de coopérative ou de groupement de ces catégories sociales fondée sur des objectifs clairs pour développer des activités rentables. Il existe cependant à Kindia un centre où les personnes handicapées de cette préfecture se sont regroupées en Association, sous l'AGRIFIS (Association Guinéenne pour la Formation et la Réinsertion Sociale). Cette association mère dont le groupement de Kindia constitue une antenne préfectorale fabrique des articles en bambou-rotin.

Un autre constat, le plus amer d'ailleurs, c'est qu'il n'existe aucun programme, aucune initiative ou appui sur le terrain pour soutenir la politique du gouvernement en matière de promotion de ces groupes vulnérables, d'où une autre forme de marginalisation.

II- Les contraintes liées à leur intégration

Parmi les contraintes à la promotion des personnes marginales, on peut citer :

- ✓ la non prise en compte des problèmes des ces groupes marginaux dans les programmes de développement social existant ;
- ✓ le manque de programmes I.E.C destinés à ces groupes ;
- ✓ le manque de stratégies assorties d'une politique ou de programmes de réinsertion socio-économique de ces personnes ;
- ✓ la survivance des considérations stéréotypées à l'égard de ces catégories de personnes ;
- ✓ l'inexistence de structures de prise en charge pour les uns, de réadaptation et ou réinsertion pour les autres ;
- ✓ la méconnaissance du phénomène par la société ;
- ✓ le désintéressement des autorités, de la société, des ONG et des partenaires au développement à la question de promotion et de protection de ces couches en vue de freiner l'ampleur ;
- ✓ l'analphabétisme caractérisé au niveau de ces groupes ;
- ✓ le manque d'initiatives pour exploiter les opportunités et les ressources locales inestimables ;
- ✓ la persistance des considérations socioculturelles fondées sur la tradition et les valeurs ancestrales qui soutiennent encore l'image que l'on se fait d'eux et la place qu'ils doivent occuper dans la pyramide sociale.
- ✓ la méconnaissance des droits et opportunités qui leur sont offerts ;
- ✓ l'inexistence de structures de formation, de traitement, et de réinsertion de ces groupes dans la plupart des cas ;
- ✓ le manque de structures spécialisées (à l'image des centres NAFA) et de mécanismes favorisant l'accès de ces groupes marginaux à l'éducation, à la formation, à la réadaptation et à la réinsertion socio-économique ;
- ✓ le manque de fonds d'appui à l'auto promotion de ces groupes.

III- Evaluation du mécanisme d'appui existant

L'enquête sur le terrain révèle une inexistence presque totale de structures d'accueil et d'appui des groupes marginaux dans cette région. La seule structure identifiée est l'AGFRIS qui appuie les programmes de formation socioprofessionnelle des handicapés à Kindia.

IV- Identification des activités accessible et porteuses

L'enquête a permis d'identifier avec les bénéficiaires, un minimum d'activités accessibles et susceptibles de devenir rentables selon le souhait de chaque catégorie.

Parmi ces activités identifiées figurent :

1. l'agriculture et l'élevage sollicités par la majorité des personnes âgées et des handicapés qui peuvent encore exécuter des micro-projets tels que l'aviculture, l'élevage d'ovins et caprins.
2. l'artisanat (notamment la vannerie, la teinture, le tissage) la couture, la réparation des appareils électroniques, la menuiserie métallique, la maçonnerie, la pêche, le petit commerce et la coiffure sont tant d'activités accessibles à ces groupes qui pourraient assurer leur auto-promotion.

V- Proposition d'axes d'intervention

Pour assurer un développement durable de ces catégories de personnes, il est souhaitable de mettre en place une politique, des programmes et des stratégies d'intervention capables de réaliser des activités pérennes et porteuses. Pour ce faire, tout programme d'intervention dans ce domaine doit nécessairement s'appuyer sur :

- a. une large campagne d'information, d'éducation et de communication au niveau des décideurs, des partenaires, des autorités locales, de la société civile, des familles et des bénéficiaires eux-mêmes pour une conscientisation du phénomène et du poids qu'exercent ces groupes marginaux sur l'économie familiale, le manque à gagner au niveau de la production nationale ; pour faire ressortir ainsi les capacités de ces personnes à se faire valoir par un développement participatif ;
- b. la mise en place d'un programme d'alphabétisation et de formation adapté ;
- c. la mise en place par les bénéficiaires de groupements d'intérêt économique ;
- d. la création de centres de formation et de réinsertion ;
- e. la mise en place des fonds d'appui à l'auto promotion de ces personnes ;
- f. la création et ou l'appui aux ONG œuvrant en leur faveur ;
- g. le renforcement des capacités d'intervention de la coordination nationale des ONG des personnes handicapées, des association de personnes âgées, etc.

Tableau 1

 Données sur les personnes enquêtées
 Répartition spatiale des groupes marginaux en
 Guinée Maritime

Nom de la Localité Ville, CU/CRD	Nombre Total d'enquêtés			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Forecariah	15	10	0	1	3	0	5	4	0	0	0	0	8	0	0	1	3
Maferinyah	18	2	1	2	2	0	1	0	0	3	0	0	9	0	1	3	0
Coyah	10	6	2	7	1	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	5	5
Maneah	5	3	0	3	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	3	3
Km 36	12	10	0	3	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	7	7
Dubreka	18	9	0	4	5	0	1	1	0	0	0	0	6	0	0	3	3
Wassou	10	7	0	2	0	0	4	1	0	0	0	0	1	0	0	6	6
Tanèné	9	2	2	4	0	2	1	0	0	9	0	0	2	0	0	2	2
Tamita	17	4	0	2	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	4	4
Boffa	19	6	6	5	0	6	1	1	0	0	0	0	1	0	0	5	5
Toungnifili	9	5	1	2	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2
Kolaboui	9	8	5	3	5	5	3	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Kamsar	7	4	6	1	3	5	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Boké	20	0	1	2	0	1	4	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Tanènè	3	4	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Sangaredi	31	3	3	1	1	0	2	1	2	21	0	3	5	0	0	1	1
Kindia	20	8	3	3	3	1	4	1	0	0	0	0	10	0	0	4	4
Friguiagbé	21	4	1	3	1	1	4	1	0	5	1	0	5	0	0	1	1
Linsan	13	4	1	2	2	1	4	0	0	2	1	0	1	0	0	1	1
Total	263	109	33	51	31	27	42	13	2	54	2	3	51	0	1	52	52

Tableau 2
Guinée Maritime

Données sur les personnes marginales souhaitant
bénéficier d'une formation

Nom de la Localité Ville, CU/CRD	Population Totale			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Forecariah	15	10	0	1	0	0	2	-					2				
Maferinyah	18	2	1	2	0	0	1	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-
Coyah	10	6	2	3	1	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Km 36	12	3	0	1	0	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maneah	5	10	0	1	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dubreka	18	9	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wassou	10	7	0	4	0	0											
Tanéné	9	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Tamita	17	4	0	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-
Boffa	16	6	6	4	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Toungnifili	9	5	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Kolaboui	9	8	5	4	1		1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kamsar	7	4	6	3	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Boké	20	0	1	3	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Tanènè	3	4	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sangaredi	31	3	3	1	-	-	-	-	-	6	-	-	5	-	-	-	-
Kindia	6	3	0	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Friguiagbé	7	1	0	3	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Linsan	2	0	0	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	263	109	33	38	8	4	7	0	0	12	0	0	15	0	0	0	0

Tableau 3
Guinée Maritime

Données sur les personnes marginales ayant un
emploi générateur de revenus

Nom de la Localité Ville, CU/CRD	Nombre total d'enquêtés			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Forecariah	15	10	0	1	1	0	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-
Maferinyah	18	2	1	1	0	0	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-
Coyah	10	6	2	0	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Km 36	12	3	0	1	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maneah	5	10	0	2	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dubreka	18	9	0	1	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wassou	10	7	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tanéné	9	2	2	1	0	0	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Tamita	17	4	0	1	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Boffa	16	6	6	3	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Toungnifili	9	5	1	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kolaboui	9	8	5	1	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kamsar	7	4	6	2	2	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Boké	20	0	1	2	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tanènè	3	4	1	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sangaredi	31	3	3	0	0	0	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-
Kindia	6	3	0	3	3	0	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-
Friguiagbé	7	1	0	3	1	0	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-
Linsan	2	0	0	2	0	0	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-
Total	263	109	33	24	13	1	-	-	-	-	-	-	14	-	-	16	6

Rapport d'enquête sur les groupes marginaux en Moyenne Guinée

La mission d'enquête a été menée dans quatorze (14) localités de la Moyenne Guinée pour une durée de huit (8) jours, elle s'est rendue dans les villes, CRD ou districts de quatorze (14) localités sur quatorze (14) inscrites au programme, soit à un taux d'exécution égal à 100%.

Cette mission d'enquête fut simple, mais pratique ; elle s'inscrit dans la perspective de la stratégie de réduction de la pauvreté pour mener une étude sur les conditions d'existence des personnes marginales (handicapés, mendiants, toxicomanes, sans domicile fixe, personnes âgées) afin de mieux connaître leur situation.

L'objectif de la mission était :

- de faire un diagnostic de la situation des groupes marginaux ;
- de fournir une liste détaillée des contraintes à leur intégration et à leur épanouissement, au plan économique et social dans la région où l'enquête a été menée ;
- d'avoir une meilleure connaissance du phénomène de marginalisation et de mendicité dans la région ;
- de préparer une banque de données actuelles et variées sur les groupes marginaux et sur leurs besoins en formation, intégration à des structures socioprofessionnelles et de réinsertion ;
- de faire une identification des activités accessibles et des propositions d'axes d'intervention en vue de leur développement.

I- Diagnostic de la situation des groupes marginaux

1. Les Handicapés

Parmi les groupes marginaux, les handicapés sont l'un des plus favorisés, car ils sont les seuls ayant fait l'objet d'un recensement exhaustif presque à tous les niveaux (hommes, femmes, enfants) et cela dans la plupart des localités dans lesquelles la mission s'est rendue.

Tableau récapitulatif de recensement des handicapés dans les 14 localités

Localité	Tamagal	Mam	Timbi	Bouliwel	Dalaba	Mitty	Pita	TM	Hafia	Garamb	Labé	Popod.	Tount.	San.
Hommes	19	340	40	20	135	67	160	-	16	5	43	19	9	45
Femmes	-	-	-	-	-	-	49	-	2	1	60	6	10	8
Enfants	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37	-	-	-
Totaux	19	340	40	20	135	67	209	-	18	6	137	25	19	53

Soit au total 1090 handicapés

Ils ont bénéficié en partie d'une assistance matérielle, mais cependant, il reste encore beaucoup à faire. La principale contrainte à leur intégration et à leur épanouissement est qu'à toutes tranches d'âge quelque soit leur handicap et leur niveau d'instruction, les handicapés ont des charges sociales comme tous les membres de la communauté. Ils sont mariés, pères de familles et entretiennent d'autres personnes.

Les handicapés se classent en deux (2) groupes :

- ceux ne pouvant exercer aucune activité (paralytiques, lépreux, accidentés, malades) ;
- les personnes handicapées pouvant mener une activité génératrice de revenu.

C'est dans ce dernier groupe que se trouvent les handicapés désirant une formation. Sur l'ensemble des personnes handicapées enquêtées, soit au total 82 personnes, 50 souhaitent bénéficier d'une formation, soit un taux égal à 64%.

2. Les Mendiants

Les mendiants sans handicap sont en général des personnes d'un certain âge, ils sont sans qualification. Ils ont des problèmes de santé et ont seulement perdu le soutien des parents et des proches qui subvenaient à leurs besoins (par suite de maladie ou de décès). C'est le dénuement total qui les entraîne à la mendicité, parce qu'ils ne peuvent plus entreprendre une activité et subvenir à leurs besoins.

Les mendiants ont des problèmes sérieux d'intégration et d'épanouissement parce que ne faisant l'objet d'aucune attention de la part de l'autorité et des associations.

Ainsi, ils ne bénéficient d'aucune forme d'assistance. Pourtant, cette catégorie de marginaux est la plus nécessiteuse et reste abandonné à elle même. Les personnes sans handicap deviennent des mendiants pour trois raisons :

1. par absence de qualification et de formation ; sur les 62 mendiants enquêtés, 25 sollicitent une assistance et une formation, soit un taux égal à 40% ;
2. par contrainte d'âge et de soutien financier ; ils sont au nombre de 20 du 3^{ème} âge sur 62 enquêtés, soit un taux égal à 32% ;
3. pour raison de santé, c'est le groupe des gens qui se sont retrouvés dans la mendicité parce qu'étant malades, ils sont dans l'incapacité d'entreprendre une activité génératrice de revenu.

3. Les Sans domicile fixe

Pour des raisons économiques et sociales, ils quittent leurs villages en direction des grandes villes ou des petites agglomérations. Ils vivent parfois du fruit de leurs travaux domestiques et élisent domicile dans les marchés, les magasins, les boutiques ou vérandas des édifices publics.

Il est à noter que les sans domicile fixe ne sont pas facilement identifiables en raison de leur mobilité car, le jour ils se fondent dans la population et vaquent à des occupations très diverses.

La principale menace pour eux réside dans l'absence totale de toute assistance en leur faveur. Même en cas de maladie, personne ne peut venir à leur secours. C'est seulement en cas de décès que cette catégorie d'individus attire l'attention de la population ou des autorités. La plupart des sans domicile fixe sur lesquels ont porté l'enquête sont venus de la campagne à la recherche d'un mieux être. La pauvreté en milieu rural explique un peu les causes de cet exode.

4. Les personnes âgées

Dans la société traditionnelle, les personnes âgées représentent sur le plan social, la référence et l'autorité familiale. Les vieux sont les gardiens des valeurs ancestrales de la communauté. Les personnes âgées doivent par conséquent être respectées.

Objectivement, les personnes âgées se divisent en trois (3) groupes :

- a) Les personnes âgées ayant une activité génératrice de revenu (pension, commerce, élevage, agriculture, etc.). Ce premier groupe ne sent pas le poids de la marginalisation parce qu'il continue d'assumer des responsabilités sociales et disposent de sources de revenu. Le constat est que la politique de décentralisation les a beaucoup aidée, c'est parmi eux qu'on trouve en grand nombres les élus locaux (présidents des CRD, Maires, Conseillers, ...) et les membres de la société civile. Ce groupe de personnes pratique également l'agriculture, l'élevage et le commerce.
- b) Celles qui ont un soutien financier et matériel. Ce deuxième groupe comprend les personnes âgées assistées par leurs familles. Elles jouissent d'une grande notoriété au sein de la société parce qu'apportant conseils et assistance morale à la communauté.
- c) Le troisième groupe est le groupe constitués de personnes âgées qui se trouvent parmi les groupes marginalisés. La marginalisation est principalement due à la pauvreté, des personnes qui ne bénéficient d'aucune assistance financière ou matérielle. Elles sont pour la plupart analphabètes. Pour des raisons de santé ou de faiblesse physique, elles ne sont plus en mesure d'exercer un métier ou une activité professionnelle quelconque. Ainsi à cause de leur dénuement, elles se livrent à la mendicité.

5. Les Toxicomanes

Ils représentent une tranche d'âge variant entre 16 et 40 ans. Devenus pour la plupart des consommateurs de drogues par initiation ou par inconscience, les toxicomanes se trouvent entraîné dans la délinquance. Le plus souvent ce sont des illettrés ou des personnes ayant abandonné les études à un niveau assez bas.

Généralement, les toxicomanes pratiquent de petits métiers ou ont des sources de revenus qui leur permettent de s'approvisionner en stupéfiants. Ils sont méfiants et réservés, ce qui rend difficile tout contact avec eux pour leur identification.

Toute tentative d'identification à leur niveau, constitue une menace. C'est ainsi qu'il a fallu à la mission d'enquête de faire intervenir l'autorité judiciaire et policière (Greffier en chef, Procureur de la République, Régisseur, Commissaire de police des mœurs, Gendarmerie) et les élus locaux afin de rendre moins difficile l'obtention des données les concernant.

Sur l'ensemble des toxicomanes enquêtés, soit 37 personnes, nous avons :

- Police de mœurs Mamou :	2
- Prison civile Pita :	4
- Commissariat police de Timbi Madina	5
- Prison civile Labé	10

Les seize (16) autres cas furent identifiés et enquêtés grâce à la collaboration des élus locaux et des notables.

Donc 66% des toxicomanes enquêtés viennent de la population carcérale (déferrés ou condamnés). Par ailleurs, il faut noter que les cas de toxicomanes en prison sont généralement associés avec faits et actes de vols, viols, vente ou recel.

II- Phénomène de marginalisation

Le phénomène de marginalisation ne date pas d'aujourd'hui, il est fortement lié à l'évolution de la société et s'explique par :

- ✓ l'urbanisation qui a entraîné la mendicité et l'apparition des sans domicile fixe ;
- ✓ le développement technique a fait que les moyens de déplacement sont devenus fréquents, ils causent annuellement un grand nombre d'accidents, à l'issue desquels certaines personnes sortent handicapées à vie ;
- ✓ l'exode massif des jeunes vers les centres urbains a accentué la pauvreté et la marginalisation des personnes du 3^{ème} âge, contraintes de travailler pour se prendre en charge ;
- ✓ la toxicomanie est en hausse parce que le progrès technologique fait que dans les villages les plus reculés, les jeunes sont envahis par des cultures et des modes de vie venus d'ailleurs qui les incitent à la consommation de stupéfiants : (phénomène rasta, impact négatif du cinéma et de la TV) ;
- ✓ le chômage des jeunes ;
- ✓ l'absence d'aide et de politique de prise en charge en faveur des personnes indigentes ;
- ✓ le relâchement des liens de solidarité traditionnels ;
- ✓ l'accentuation de la pauvreté ayant entraîné une baisse générale du niveau de vie des populations a conduit à une marginalisation de plus en plus poussée des couches les plus vulnérables de la nation.

III- Banque de données actuelles

A l'issue de l'enquête menée, il ressort ce qui suit :

Tableau 1 : Données sur les personnes enquêtées

Répartition spatiale des groupes marginaux en Moyenne Guinée

Nom de la Ville, CU ou CRD	Nombre Total d'enquêtés			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Tamagaly	15	4	-	3	2	-	2	1	-	1	-	-	3	-	-	6	1
Mamou	14	6	3	2	-	3	1	3	-	3	-	-	5	-	-	3	3
Timbo	21	11	-	5	3	-	3	1	-	2	-	-	1	-	-	10	7
Boulliwel	7	4	-	1	2	-	2	-	-	-	-	-	2	-	-	2	2
Dabola	15	3	2	3	1	1	2	1	1	3	-	-	3	-	-	4	1
Mitty	17	5	2	2	1	2	5	-	-	1	3	-	5	-	-	4	1
Pita	23	2	2	5	-	1	5	-	-	3	-	1	4	-	-	6	2
Timbi Madina	11	3	5	5	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	5	4	1
Hafia	21	2	1	4	-	1	4	1	-	5	-	-	3	-	-	5	1
Garambé	15	3	-	5	-	-	4	1	-	3	-	-	-	-	-	3	2
Labé	38	4	4	7	3	2	3	1	2	10	-	-	10	-	-	8	-
Popodara	13	3	1	4	1	1	2	1	-	2	-	-	1	-	-	6	1
Tountouroun	20	5	1	4	2	1	4	2	-	6	-	-	-	-	-	6	1
Sannou	20	7	2	7	1	2	2	4	-	5	-	-	-	-	-	6	2
Totaux	250	62	23	57	16	14	41	18	3	44	3	1	37	-	5	71	25

Tableau 2 : Données sur les personnes marginales souhaitant bénéficier d'une formation

Nom de la localité, CU ou CRD	Population Résidente			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Tamagaly	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mamou	7	-	-	3	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-
Timbo	3	-	4	2	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Boulliwel	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dabola	4	1	2	2	-	1	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Mitty	4	-	1	2	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pita	7	-	-	3	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-
Timbi Madina	5	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Hafia	7	2	-	5	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Garambé	5	1	-	3	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Labé	9	3	1	5	-	1	2	3	-	-	-	-	2	-	-	-	-
Popodara	6	-	-	5	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tountouroun	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Sannou	6	1	-	5	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totaux	68	8	8	43	-	7	16	8	1	-	-	-	4	-	-	5	-

Tableau 3 : Données sur les personnes marginales ayant un emploi générateur de revenus

Nom de la localité, CU ou CRD	Population Résidente			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Tamagaly	5	1	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-
Mamou	6	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	3	-
Timbo	21	11	-	5	3	-	3	1	-	2	-	-	1	-	-	10	7
Boulliwel	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dabola	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Mitty	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pita	7	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	2	-
Timbi Madina	7	1	-	4	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	2	-
Hafia	3	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Garambé	4	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Labé	11	1	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	6	-	-	4	-
Popodara	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tountouroun	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sannou	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totaux	69	15	-	25	5	-	3	-	-	-	2	-	15	-	-	24	7

IV- Evaluation du potentiel d'appui susceptible de favoriser l'insertion des personnes marginales

Au niveau de la préfecture de Mamou, il existe un projet mécanique de montage de vélos qui est fonctionnel. La chaîne de montage évolue dans les domaines ci-après : fabrication des patins pour vélos, soudure des fourneaux ordinaires pour ménage, fabrication de foyers améliorés dans le cadre de la sauvegarde de l'environnement et réparation d'engins à deux (2) roues (vélos- motos).

Au niveau de la Préfecture de Labé, se trouve une ferme avicole qui autrefois était gérée par l'Association des personnes handicapées. Cette ferme a dû fermer ses portes pour raison de mauvaise gestion ayant conduit à la faillite.

V- Identification des activités porteuses en faveur des groupes marginaux

Parmi les activités porteuses pouvant être développées au profit des personnes marginales, on peut citer les activités ci-après : tissage, teinture, vannerie, élevage, agriculture, rotin, cordonnerie, forge, bijouterie, petit commerce, petits travaux de réparation (horlogerie, radio, Tv, fer à repasser).

VI- Propositions d'axes d'intervention en faveur des personnes marginales

- ✓ recenser les personnes marginales sur toute l'étendue du territoire national ;
- ✓ favoriser l'insertion socioprofessionnelle par la formation et la création d'activités génératrice de revenu en faveur des groupes marginaux ;
- ✓ appuyer les organisations des personnes marginales ;
- ✓ appareiller les personnes handicapées ;
- ✓ mener une enquête d' IEC en faveur des toxicomanes ;
- ✓ renforcer les moyens matériels et humains des organes d'intervention et de répression contre la toxicomanie ;
- ✓ revaloriser les capacités résiduelles des personnes âgées.

VII- Remarques et suggestions

L'une des rares remarques ou observations que la mission se propose de formuler est la suivante :

Parmi les 335 personnes enquêtées de la région de la Moyenne Guinée, 310 seulement ont pu se faire identifier volontairement, fournissant toutes les informations liées à leur l'état civil, situation matrimoniale et professionnelle ; tandis que les 25 autres composés de mendiants, toxicomanes et les sans domicile fixe, n'ont pas pu s'identifier correctement.

La mission a permis :

- d'attirer l'attention des autorités politiques et administratives sur les groupes marginaux sur l'importance du recensement des groupes marginaux par sexe, âge, nature de handicap, profession ou activité exercée, ... dans la région.
- **d'attirer l'attention sur l'importance des ONG à caractère social qui évolue dans chaque région du pays.**

VIII- Suggestions

De l'avis de l'équipe et à l'issue des travaux d'enquête et aux résultats obtenus, la mission suggère :

- l'organisation d'un recensement effectif des personnes marginales sur toute l'étendue du territoire national ;
- l'élaboration d'une politique de promotion et de protection des groupes marginaux ;
- la mise en place d'un mécanisme de réinsertion socioprofessionnelle des groupes marginaux ;
- la mise en place de structures d'aide et assistance en faveur des personnes marginales ;
- l'appareillage des personnes handicapées en leur fournissant des aides techniques.

Rapport d'Enquête sur la Situation des Groupes Marginaux en Haute Guinée

Par ordre de mission N° 000321 du Ministère de l'Economie et des Finances une équipe d'enquêteurs s'est rendue dans les villes, communes et CRD de la Haute Guinée notamment à : Marella, Faranah, Tiro, Banian, Dabola, Bissikirima, Cissela, Sanguiana, Kouroussa, Baro, Kourala, Batè Nafadji et Kankan.

La mission a pour objectif la collecte d'informations sur les groupes marginaux en vue de la prise en compte de ces catégories sociales : handicapées, mendiants, sans domicile fixe, toxicomanes et personnes du 3^{ème} âge dans le cadre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté amorcée par le gouvernement.

Le présent rapport s'articule autour des points ci-après :

- ✓ diagnostic de la situation des groupes marginaux en Haute Guinée ;
- ✓ banque de données actuelles ;
- ✓ évaluation du potentiel d'appui susceptible de favoriser leur réinsertion ;
- ✓ identification des activités porteuses et propositions d'axes d'intervention ;
- ✓ remarque et suggestions.

I- Diagnostic de la situation des groupes marginaux

La situation des groupes marginaux en Haute Guinée se caractérise de façon générale par :

- un faible niveau de connaissance de la situation réelle de ces groupes ;
- l'absence de structures d'encadrement ou de formation des personnes marginales ;
- le faible accès aux moyens de production qui favorisent la marginalisation et le maintien des marginaux dans une situation d'éternels assistés, en situation de pauvreté absolue ;
- l'absence de politiques et de stratégies d'intégration de cette couche de la population par les autorités politiques et administratives, la communauté et les familles ;
- l'absence de mécanismes de promotion ou d'intégration au processus de développement de la communauté.

1. Les Handicapés

L'enquête a révélé que dans les communautés rurales de la Haute Guinée, les handicapés ne bénéficient d'aucune attention. Ils sont généralement analphabètes, n'ayant aucune formation socioprofessionnelle et généralement abandonnés à leur propre sort. Dans la recherche du bien-être, ils sont souvent contraints à l'exode vers les centres urbains pour y pratiquer la mendicité. En Haute Guinée il n'existe aucune organisation œuvrant pour la promotion des handicapés. Démunis, ils font partie des personnes les plus pauvres à l'intérieur des communautés.

2. Les Personnes Agées

Respectés, les vieux bénéficient en général de la protection et de l'assistance des familles et de la communauté. Avec la modernisation et les difficultés liées à la conjoncture économique, les personnes du 3^{ème} âge ont tendance à devenir une catégorie marginalisée. Dans les communautés de la Haute Guinée, les vieux de 60 à 75 ans restent encore actifs dans la production.

Les vieux de plus de 75 ans, victimes du poids de l'âge, sont sujets à des maladies liées au 3^{ème} âge. Ils ne disposent pas de moyens financiers, matériels et de soutiens pour subvenir à leurs besoins élémentaires. Dans leur immense majorité, ils vivent essentiellement d'aumône et de charité. Pour cette catégorie marginale, il n'existe aucune forme d'appui ou de prise en charge appropriée

3. Les Sans Domicile Fixe

Ils constituent une nouvelle catégorie sociale dont l'existence dans les communautés de la Haute Guinée est récente. Dans les communautés rurales de cette région les sans domicile fixe sont presque inexistantes. Dans les centres urbains, ils sont le produit de l'exode rural et le fait de jeunes à la recherche du bien-être. Ils se composent également de jeunes gens sans attache et sans emploi. Il faut noter leur présence parmi la catégorie des mendiants et de leurs familles. Cette catégorie sociale retient moins l'attention des communautés et des autorités de la région. De façon générale le grand banditisme, les vols à mains armées leur sont attribués à tort ou à raison. Cette catégorie ne bénéficie d'aucune protection et structures de formation ou de réinsertion sociale.

4. Les Mendiants

En Haute Guinée, les conditions défavorables qui caractérisent leur vie quotidienne les contraignent à l'exode rural vers les grands centres urbains à la recherche du bien-être. Dans les mouvements d'exode, les mendiants migrent avec les familles (femmes et enfants) qui servent de guides et se prêtent également à la mendicité. Ils vivent dans des maisons de fortune. Les enfants n'accédant à aucune structure d'encadrement, de formation et, sans ressource matérielle ou financière, se livrent à la délinquance juvénile ou deviennent des enfants de rue. Il faut préciser que les mendiants sont essentiellement composés d'adultes ou de personnes âgées sans soutien, ni ressources. A titre d'exemple, sur 120 mendiants seulement cinq ont un emploi générateur de revenu. Du point de vue formation, sur 120 mendiants douze seulement ont sollicité une formation.

5. Les Toxicomanes

Dans un passé très récent, la toxicomanie était mal connue par les populations de Haute Guinée. De nos jours, ce phénomène connaît des dimensions à la fois alarmantes et inquiétantes. Dans toute la région de la Haute Guinée, on cultive le Chanvre Indien principalement dans les préfectures de Kankan, Mandiana. La consommation de ce produit se fait dans toutes les communautés à des fins différentes selon la tranche d'âge. Pour certains, c'est un moyen d'accroissement de l'ardeur dans les travaux champêtres. Ceux là sont les plus nombreux dans les communautés rurales. Cette catégorie de consommateurs bénéficie de la protection de leur famille. Une seconde catégorie est constituée de délinquants, qui consomment le chanvre indien pour le "plaisir".

Les toxicomanes endurcis constituent une catégorie de personnes marginalisées et finissent par la perte progressive ou totale de leurs facultés d'analyse et souvent de leurs capacités à mener une activité génératrice de revenu. Par conséquent ils finissent par constituer une charge permanente pour les familles.

II- Contraintes liées à leur intégration et à leur épanouissement au plan économique et social

De nos jours les contraintes liées à l'intégration et à l'épanouissement des groupes marginaux peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

- la méconnaissance à tous les niveaux, familles, communautés, autorités des capacités physiques, mentales, et de tous les atouts dont disposent les groupes marginaux ;

- l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de développement ne prend souvent pas en compte les préoccupations des groupes marginaux ;
- le déficit d'informations sur les opportunités existantes dans la région pour assurer la promotion et la protection des groupes dits marginaux ;
- l'inexistence d'initiatives et de culture associative en faveur de cette catégorie sociale ;
- l'inexistence de structures d'encadrement et de formation adaptée à la nature de leur handicap ;
- le manque d'appui matériel et financier auquel est exposé les différentes associations de personnes handicapées et marginalisées.

La méconnaissance du phénomène a tendance à favoriser la recrudescence des facteurs handicapant d'une part et à freiner la prise de dispositions nécessaires à l'éradication des causes de handicap d'autre part. L'attention limitée et le peu de moyens que la communauté met à la disposition des groupes marginaux.

Tableau 1
Données sur les Personnes Enquêtées
Répartition spatiale des Groupes Marginaux en
Haute Guinée

Nom de la Localité Ville, CU/CRD	Nombre Total d'enquêtés			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Marella	26	14	2	10	7	2	3	-	-	2	-	-	2	-	-	9	7
Faranah	35	13	-	5	8	-	7	3	-	4	1	-	2	-	-	17	1
Tiro	18	13	-	4	4	-	6	5	-	2	1	-	2	-	-	4	3
Banian	17	8	2	5	2	-	3	4	1	4	-	-	1	-	1	4	2
Dabola	21	6	1	6	3	-	7	2	-	-	-	-	-	-	1	8	1
Bissikrima	14	6	-	6	1	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	6	4
Cissela	10	6	5	4	2	5	1	1	-	-	-	-	1	-	-	4	3
Sanguiana	11	12	1	4	5	1	3	2	-	-	-	-	-	-	-	4	5
Kouroussa	20	8	1	5	1	1	3	5	-	-	-	-	-	-	-	12	2
Baro	12	2	1	4	1	-	2	-	1	1	-	-	1	-	-	4	1
Kourala	15	8	1	8	8	3	1	1	1	-	-	-	-	-	-	6	4
Baté Nafadji	10	8	-	3	1	-	3	4	-	-	-	-	-	-	-	4	3
Balandou	8	7	1	3	-	1	4	2	-	-	-	-	-	-	-	1	5
Kankan	23	25	10	3	2	2	15	21	8	-	-	-	-	-	-	5	2
Total	240	136	25	70	40	13	59	51	10	13	2	-	10	-	2	88	43

Tableau 2
Haute Guinée

Données sur les personnes marginales ayant un
emploi générateur de revenus

Nom de la Localité Ville, CU/CRD	Nombre Total d'enquêtés			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Marella	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-
Faranah	9	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-
Tiro	5	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1
Banian	6	-	-	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-
Dabola	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bissikrima	2	2	1	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cissela	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Sanguiana	2	2	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kouroussa	2	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Baro	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kourala	3	2	-	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Baté Nafadji	1	2	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Balandou	2	-	1	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Kankan	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total	37	14	3	16	7	2	2	2	1	-	2	-	-	-	-	17	5

III- Evaluation du potentiel d'appui pour la réinsertion des personnes marginales

Depuis les années 60 une attention a été accordée à la situation des personnes marginales notamment les personnes handicapées à travers la réalisation de structures d'accueil, de formation à Conakry (la cité de solidarité à Ratoma, l'école de sourds-muets à Kaloum). Mais, au fil du temps, ces initiatives novatrices n'ont pas fait du chemin, le pays profond est resté en marge de cette démarche et les conceptions stéréotypées se sont renforcées. En dépit de la libéralisation des initiatives et l'existence croissante d'Associations de personnes handicapées dans tout le pays, la région de la Haute Guinée demeure en marge de la nouvelle donne.

Malgré les potentialités artisanales, agropastorales et minières que recèlent la Haute Guinée, on note peu d'actions de promotion en faveur des groupes marginaux, tant en matière de formation que d'activités génératrices de revenus.

Parmi les actions de promotion entreprises dans la région on peut retenir :

- ✓ Au niveau du gouvernement, un institut de formation des jeunes aveugles avec des filières socioprofessionnelles est en cours de construction. L'institut qui a une capacité de 100 aveugles est en chantier. Un domaine agricole et avicole de 3000 ha a été octroyé à l'association dénommée KAIRABA.

La construction du centre régional de réadaptation fonctionnelle pour la rééducation et l'appareillage des personnes souffrant de handicap n'a pas été encore entamée.

- ✓ Au niveau des partenaires, l'Eglise Catholique de Kankan a réalisé un centre de formation socioprofessionnelle pour jeunes handicapés de toutes catégories.

La situation des groupes marginaux reste une préoccupation majeure tant au niveau des autorités administratives et locales, qu'au niveau de la communauté et des familles. C'est pourquoi la mise en œuvre d'une politique de promotion en faveur des groupes marginaux dans cette région est nécessaire pour la réduction de la pauvreté.

IV- Identification des activités accessibles et porteuses

En dépit de la vulgarisation de la convention en faveur des personnes handicapées, il est nécessaire de briser tous les stéréotypes, éliminer toutes les formes de discrimination à l'égard des personnes handicapées en Haute Guinée afin d'assurer à toute la population le bien-être dont elle a si grand besoin.

Parmi les activités à promouvoir en faveur des personnes marginales, on peut citer : le maraîchage, l'élevage, l'artisanat (cordonnerie, corderie, poterie, fabrique de jouets pour enfants, fabrique de meubles en rotin, confection de filets de pêches, vannerie, teinture, montage de vélos et de tricycles, la couture, la broderie, l'extraction des produits oléagineux et gestion de moulins et de banques de céréales).

V- Proposition d'axes d'interventions

L'amélioration des conditions d'existence des groupes marginaux peut être réalisée à travers la mise en œuvre d'axes d'interventions ci-après :

- constitution d'une banque de données sur les groupes marginaux à travers l'organisation d'un recensement national sur ces groupes ;

- définition d'une politique et élaboration de programmes en faveur des groupes marginaux ;
- création de centres de formation et de réinsertion socioprofessionnelle avec des filières adaptées y compris l'alphabétisation fonctionnelle ;
- formation en gestion de micro-projets ;
- élaboration de micro-projets de réinsertion autour des opportunités porteuses de la localité à savoir : l'aviculture, l'élevage de petits ruminants ; l'installation d'unité d'extraction du beurre de karité ; l'installation de moulins à grains ; l'installation d'unités artisanales de transformation et de conservation de produits végétaux tels que (igname, manioc, orange, papaye, goyave, citron,...).

L'appui à la relance de la chaîne de montagne de vélos et de tricycles :

- la création d'ateliers de couture, de teinture, de saponification, de vannerie, de cordonnerie, de corderie et de tissage ;
- la création d'un atelier de fabrication de craie et de serpillières.
- la revalorisation des capacités résiduelles des personnes du 3^{ème} âge
- l'organisation de campagnes d'EIC autour du phénomène de marginalisation ;
- la vulgarisation des projets de réinsertion.

Rapport d'enquête sur les groupes marginaux en Guinée Forestière

Conformément à l'ordre de mission No 0322 du 16 Août 2002, l'équipe chargée de mener les enquêtes pour la Forêt à évoluer du 19 au 25 Août 2002. L'objectif de la mission était de mener une enquête sur la situation des groupes marginaux en Guinée Forestière afin de recueillir des données nécessaires à la formulation de projets qui favoriseront l'amélioration des conditions d'existence et l'intégration des groupes marginaux dans le processus de développement économique et social du pays.

I- Diagnostic de la Situation

Bien que la mise en œuvre de politiques nouvelles et de programmes de développement aient connu des succès, les progrès réalisés ces dernières années sont insuffisantes pour combler les lacunes et les tares engendrées par la Première République. La persistance de la pauvreté, l'inégalité des opportunités, les déséquilibres régionaux et la faible participation des populations au processus de développement posent encore problème.

Malgré les progrès accomplis, la Guinée reste un pays à dominance traditionnelle, où l'infirme, le handicapé moteur, l'aveugle, le malade mental, etc. forment une partie intégrante de la société et vivent d'aumône, de charité des membres valides de la communauté. Les personnes handicapées dépendent de leur famille et de la générosité collective pour leur survie. La grande majorité d'entre eux ne contribue en rien à la vie économique de la Nation. Pourtant, cette frange de jeunes et d'adultes handicapés veulent travailler et gagner leur vie, s'instruire, s'installer dans une petite activité rémunératrice. Sans succès, ils sont condamnés à la mendicité, à l'errance.

Une bonne partie des personnes âgées de 60 ans et plus, qui représentent environ 5% de la population guinéenne jouissaient d'une situation privilégiée. Ils sont considérés comme les gardiens des valeurs traditionnelles, détenteurs des expériences et du savoir-faire. Ils symbolisent la sagesse et de ce point de vue, il était tout à fait naturel que la famille prenne en charge ces membres âgés.

De nos jours, on observe un changement radical par rapport à ce passé récent. Ce changement est lié : à l'urbanisation, à la "modernisation" des mœurs, à l'exode rural, à l'effritement des structures sociales, à l'apparition de la famille nucléaire et au chômage.

La situation des personnes âgées devenue de plus en plus complexe, inclut deux dimensions essentielles :

- une dimension humanitaire liée à la nécessité d'apporter aux intéressés les soins et services nécessaires ainsi que les moyens de subsistance dont ils ont besoin ;
- une dimension économique impliquant la nécessité de permettre à ces personnes de participer au processus de développement économique et social du pays.

A cette couche s'ajoutent les personnes retraitées des secteurs public et privé. Les toxicomanes quant à eux se recrutent parmi les jeunes de toutes les catégories sociales, phénomène lié à l'ouverture des frontières depuis 1984 et au trafic de drogues qui s'en est suivi. Ceux des catégories sociales défavorisées sont les plus durement frappés par les conséquences du fait qu'ils vivent dans les situations de promiscuité, ne mangent pas à leur faim et sont chômeurs.

Se sentant généralement isolés et exclus, ils se constituent en gangs à partir duquel rapidement se dégage une psychologie de groupe ayant comme objectif principal la satisfaction forcée du besoin de se droguer par tous les moyens, du vol à main armée aux crimes crapuleux. Les sans abris, vivant surtout dans les quartiers défavorisés, sont des enfants dont les parents ont souvent de faibles revenus.

II- Contraintes liées à l'intégration et à l'épanouissement des groupes marginaux

Parmi les contraintes à l'intégration et à l'épanouissement des personnes marginales on peut citer : l'analphabétisme, l'irresponsabilité parentale, l'influence négative de l'environnement social (milieu défavorisé), l'exode rural, la paupérisation de plus en plus accentuée du milieu familial, le taux élevé de déperdition scolaire, les opportunités inégales au sein de la société marquées par la marginalisation des groupes vulnérables ainsi que la non prise en compte de ces catégories dans l'élaboration des programmes de développement, le déficit d'information sur les opportunités existantes.

III- Résultats de l'enquête

De l'enquête effectuée sur le terrain, il ressort les résultats suivants : (voir les tableaux).

A l'issue de cette enquête en Guinée Forestière sur les groupes marginaux (handicapés, mendiants, toxicomanes, sans domicile fixe, personnes âgées), il apparaît que la zone forestière reste relativement mieux lotie en terme de revenus. Parallèlement, elle est la région du pays où la population des handicapés est la plus faible. C'est certainement pourquoi il n'existe aucun investissement en faveur de ces couches vulnérables dans cette région.

A Kissidougou, l'Association locale des Handicapés évolue et dispose de deux ateliers (un (1) de couture et un (1) d'horlogerie dans lesquels ses membres sont actifs.

A Macenta, l'ONG Plan Guinée a favorisé la création d'un atelier de couture en faveur des jeunes filles handicapées.

A N'Zérékoré, les ONG Action Contre la Faim et CARITAS ainsi que les organismes internationaux tels que le CICR et le HCR assistent les groupes marginaux de la Forêt à travers la distribution de vivres aux réfugiés et aux populations autochtones.

IV- Identification des activités porteuses et propositions d'axes d'intervention

- a)- **activités porteuses:** parmi les activités porteuses en Forêt, on peut citer les suivantes : agriculture, tissage, vannerie, forge, l'extraction des palmistes, teinture, horlogerie
- b)- **proposition de stratégies d'interventions :** les actions prioritaires à mener dans le cadre de l'appui à long terme aux groupes marginaux sont :
 - le recensement exhaustif de toutes les couches vulnérables concernées en vue d'une meilleure maîtrise de l'effectif des groupes marginaux ;
 - la formation des groupes marginaux à l'esprit associatif et à la gestion des micro projets générateurs de revenu ;
 - l'élaboration de programmes de réinsertion sociale adaptables aux différents cas selon les activités déjà identifiées ;
- la revalorisation de l'expérience des anciens (personnes du 3^{ème} âge) dans la stratégie de développement économique et social du pays.

V- Remarques et suggestions

Suite à l'enquête menée en Guinée Forestière, on peut faire les constats ci-après :

- les handicapés et les mendiants deviennent de plus en plus nombreux dans les communes urbaines notamment à Kissidougou, Macenta, N'Zérékoré. Beaucoup parmi eux vivent en association ;
- à N'Zérékoré, les mendiants évoluant dans la zone urbaine sont presque tous venus d'ailleurs notamment de Dabola, Faranah, Dinguiraye ou de Beyla ;
- les conditions de vie des enfants guides de parents handicapés mendiants rencontrés devant les grandes mosquées de Kissidougou et N'Zérékoré restent particulièrement préoccupantes. Des actions urgentes en leur faveur sont nécessaires ;
- les personnes âgées rencontrées nécessitent plus d'attention. Leur état de santé est très fragile. Les pensions, si elles existent, sont nettement insuffisantes. La pauvreté est partout présente.

VI- Suggestions

Eu égard à l'importance de cette étude, l'équipe des enquêteurs de la Guinée Forestière suggère :

- l'organisation d'un recensement exhaustif des groupes marginaux pour une meilleure maîtrise des données.
- intégrer les préoccupations de ces couches marginales dans l'élaboration des programmes nationaux de développement.

Tableau 1
Données sur les personnes enquêtées
Répartition spatiale des groupes marginaux en
Guinée Forestière

Nom de la Localité Ville, CU/CRD	Nombre total d'enquêtés			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Marella	26	14	2	10	7	2	3	-	-	2	-	-	2	-	-	9	7
Faranah	35	13	-	5	8	-	7	-	-	4	1	-	2	-	-	17	1
Tiro	18	13	-	4	4	-	6	5	-	2	1	-	2	-	-	4	3
Banian	17	8	2	5	2	-	3	4	1	4	-	-	1	-	1	4	2
Kissidougou	33	10	5	9	5	1	9	4	4	-	-	-	2	-	-	13	1
Yendè	21	6	2	6	2	2	4	1	-	1	1	-	3	1	-	7	1
Guéckedou	10	2	1	2	2	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	7	-
Macenta	19	1	1	7	-	-	2	1	1	-	-	-	5	-	-	5	-
Seredou	10	1	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	5	-
Koulé	12	3	-	4	1	-	-	-	-	2	-	-	4	-	-	2	2
N'Zérékoré	25	25	12	5	3	-	11	16	12	1	2	-	2	-	-	6	4
Total	226	96	25	61	35	6	45	31	18	16	5	0	25	1	1	79	21

Tableau 2
Guinée Forestière

Données sur les personnes marginales souhaitant
bénéficier d'une formation

Nom de la Localité Ville, CU/CRD	Population Totale				Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	Total	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Marella	3	1	1	1	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Faranah	2	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tiro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Banian	2	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kissidougou	15	10	4	1	4	3	1	6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yendè	-	-	-	-	-	-	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guéckedou	2	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macenta	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seredou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koulé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
N'Zérékoré	20	4	5	11	1	-	-	3	5	11	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	45																	

Tableau 3
Guinée Forestière

Données sur les personnes marginales ayant un
emploi générateur de revenus

Nom de la Localité Ville, CU/CRD	Population Totale				Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	Total	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Marella	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	2	-
Faranah	11	11	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	8	-
Tiro	5	5	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-
Banian	9	8	1	-	3	1	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	2	-
Kissidougou	16	12	3	1	4	3	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	6	-
Yendè	7	7	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	3	-
Guéckedou	6	5	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-
Macenta	6	5	1	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-
Seredou	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3	-
Koulé	9	7	2	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-
N'Zérékoré	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-
Total																		

Liste des Organisations Caritatives et ONG Nationales

1. FEGUIPAH - Fédération Guinéenne pour la Promotion des Associations des Personnes Handicapées

Adresse postale : B.P. 201(provisoire) Conakry –République de Guinée

Localisation : S/C Direction Nationale de l'Action Sociale fondée en septembre 1990 – Agrée en Avril 1993 (Arrêté N° 93/25 23/MIS/DAP).

Objectifs

- Contribuer aux rapprochements des personnes handicapées et de leurs associations ;
- Favoriser la coopération entre ces associations ;
- Assurer la coordination et l'harmonisation des actions et les représenter en Guinée et à l'étranger.

2. A. G. S. - Association Guinéenne des Sourds.

Adresse postale : B.P 1868 Conakry

Localisation : Siège (provisoire) Ecole des Sourds de Boulbinet Conakry fondée en Décembre 1985 agréée en Juillet 1986 (Arrêté N° 3817/MIS/CAB/86).

Objectifs :

- Créer toutes les conditions favorables au développement et à l'affermissement de la personnalité du sourd ;
- Promouvoir une unité d'action des sourds en vue de soutenir et d'appuyer leurs efforts pour leur promotion humaine ;
- Défendre les intérêts et les droits des sourds auprès des pouvoirs publics ;
- Susciter un soutien large et actif (national, internationale et ONG) en faveur des sourds en vue de leur réadaptation et de leur insertion.

3. A.G.P. H - Association Guinéenne des Personnes Handicapées

Adresse Postale : B.P 527 Conakry

Localisation : S/C Direction Nationale de l'Action Sociale fondée Agrée en Juillet 1986 (Arrêté N° 3818/MIS/CAB/86)

Objectifs :

- Créer toutes les conditions favorables au développement et à l'affermissement des personnes handicapées ;
- Promouvoir une unité d'action des personnes handicapées en vue de soutenir et d'appuyer leurs efforts pour leur promotion humaine ;
- Susciter un soutien large et actif (national, international et ONG) en faveur des personnes handicapées en vue de leur réadaptation et de leur réinsertion.

4. AGUIPA - Association Guinéenne pour la Promotion des Aveugles

Adresse postale : B.P. 3494 Conakry

Localisation : «Cité solidarité» Ratoma Conakry fondée en Mai 1987.
Agréée en Décembre 1988 (Arrêté N° 3636/MIS/CAB/88)

Objectifs :

- Redonner confiance aux aveugles et malvoyants en vue de leur épanouissement et de leur intégration ;
- Regrouper les aveugles pour une formation professionnelle dans des ateliers adaptés ;
- Créer une cellule scolaire pour l'enseignement gratuit des jeunes aveugles. ;
- Susciter un soutien large et actif (national, international, et ONG) en faveur des aveugles et malvoyants en vue de leur réadaptation et de leur réinsertion.

5. AGFRIS Association Guinéenne pour la Formation et la Réinsertion Sociales des Personnes Handicapées

Adresse Postale : B.P 1951 Conakry

Localisation : Sig Madina Conakry

Fondée en 1985 Agréée en Janvier 1987 (Arrêté N° 921/MIS/CAB/87)

Objectifs :

- Formation et réinsertion sociale des personnes en état d'incapacité ;
- Distribution de matériels et équipements pour les handicapés ;
- Création d'ateliers de formation professionnelle ;
- Création d'antennes préfectorales pour une action plus proche des personnes handicapées.

6. A S C U L H A P - Association Sportive et Culturelle des Handicapés Physiques de Guinée

Adresse Postale : B.P : 438 Conakry

Fondée : Agréée : en Mai 1987 (Arrêté N° 5159/MIS/SED/CAB/87)

Objectifs

- Offrir aux handicapés un cadre de soutien de leurs efforts pour plus d'autonomie et une meilleure insertion sociale ;
- Faire prendre conscience aux handicapés de leurs aptitudes et de leurs potentialités méconnues ;
- Promouvoir des activités sportives et culturelles à leur niveau ;
- Défendre les intérêts et les droits des personnes handicapées auprès des pouvoirs publics.

7. AGUIEPHEN - Association Guinéenne pour l'Education et la Promotion des Enfants Handicapés.

Adresse Postale : BP : 1003 Conakry

Localisation : CEDUST Conakry

Fondée : Agréée en Juin 1987(Arrêté N° 3138/MID/CAB/87)

Objectifs :

- Etablir des statistiques relatives aux différentes catégories de handicapés en Guinée ;

- Evaluer les impacts socio-économiques de l'handicap pour l'enfant et sa famille ;
- Elaborer des programmes novateurs d'éducation et de réadaptation des enfants handicapés ;
- Trouver des solutions pédagogiques simples et adaptées aux enfants handicapés applicables tant en zone urbaine qu'en zone rurale ;
- Développer tous les moyens de communication (oralisme, langue des signes, pidgin) accessibles à l'enfant sourd ou malentendant à l'école et en famille ;
- Assurer l'éducation et la formation des enfants sourds et malentendants ;
- Appuyer les institutions publiques et privées existantes ou/et en promouvoir la création ;
- Assurer la formation d'un personnel guinéen spécialisé en déficience auditive ;
- Soutenir les parents d'enfants sourds et malentendants ;
- Etablir des relations avec les institutions et organisations nationales et internationales du secteur ;
- Susciter un soutien large et actif (national, international et ONG) en faveur des enfants sourds et malentendants en vue de la réalisation des objectifs ci définis.

8. AGUI DHASE - Association Guinéenne des Handicapés Diplômés Sans Emploi

Adresse Postale : BP : 527 Conakry

Localisation : Immeuble IRAG, boulevard du commerce, face Ministère de la Santé

Fondée en Décembre 1995

Agréée en Juillet 1996 (Arrêté N° 3795/MIS/CAB/DNAP/96)

Objectifs :

- Faciliter l'insertion des jeunes handicapés diplômés sans emploi dans le tissu socio-économique du pays ;
- Coordonner l'action de tous les diplômés handicapés sans emploi ;
- Défendre les intérêts moraux et matériels de ses membres ;
- Contribuer activement à la promotion des personnes handicapées ;
- Inciter les pouvoirs publics à adopter des lois, à prendre des dispositions, à élaborer des règlements en faveur des personnes handicapées diplômés sans emploi ;
- Bénéficier des formations professionnelles et de stages de perfectionnement.

9. AGAFH - Association Guinéenne pour l'Aide aux Femmes Handicapées

Adresse Postale : BP : 527 – Conakry

Localisation : Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance

Fondée en Mars 1996

Agréée en Août 1996 (Arrêté N° 5632/MATD/CAB/DNAP/96)

Objectifs :

- Promouvoir le développement des activités sociales et économiques en faveur des femmes handicapées ;
- Réhabiliter socialement et professionnellement les femmes handicapées de Guinée ;
- Rechercher les voies et moyens pour l'amélioration de leurs conditions de vie ;
- Faciliter l'accès des femmes handicapées aux crédits et aux micro finances ;

- Unir leurs efforts afin que toutes les carrières leur soient accessibles ;
- Favoriser l'établissement des liens d'amitié et de solidarité entre tous ses membres ainsi qu'avec les autres associations nationales et internationales de femmes handicapées ;
- Etudier particulièrement sur le plan international, le droit à la famille ainsi que toutes les lois relatives à la condition de la femme handicapée ;
- Sensibiliser les décideurs, lors de l'élaboration des textes législatifs, au sort et à la protection de la femme handicapée.

10. VOGUIPHA - Volontaires Guinéens pour la Promotion des Handicapés

Adresse Postale : BP : 1861 Conakry

Localisation : Immeuble IRAG, boulevard du commerce, face Ministère de la Santé

Fondée en Janvier 1991

Agréée en février 1991(Arrêté N°126/VC/PC2/91)

Objectifs

- Regrouper les jeunes volontaires handicapés pour les initier aux activités socio-économiques et culturelles en vue de les libérer de la mendicité ;
- Contribuer à l'émergence de l'auto promotion culturelle et artistique des handicapés ;
- Œuvrer à la création d'un cadre social viable où peuvent s'exprimer toutes les énergies dans la recherche commune de l'équilibre social, moral et matériel de ses membres.

11. A P H A G - Association Préfectorale des Handicapés de Guéckédou

Adresse postale : BP : 57 Guéckédou République de Guinée

Localisation : Quartier Gnomoulou, Préfecture de Guéckédou

Fondée en Novembre 1995,

Agréée en Mars 1997 (Arrêté N° 97/37/PF)

Objectifs :

- Aider à l'insertion des handicapés dans la société guinéenne ;
- Organiser les handicapés dans les différents secteurs de production ;
- Aider les veuves, mères de familles sans ressources ;
- Améliorer les conditions de vie des membres fondateurs de l'association .

12. AGUIBHAD - Association Guinéenne pour le Bien être des Personnes Handicapées en Détresse.

Adresse Postale : BP : 1910 - Conakry

Localisation : «Cité solidarité» Ratoma, Conakry

Fondée en 1996

Objectifs :

- Encadrer les handicapés moteurs(paralytiques, ou amputés des membres inférieurs ou supérieurs) vivant dans des conditions difficiles à l'intérieur du pays ;
- Leur créer un cadre d'épanouissement pour leur pleine intégration au sein de la société ;

- Leur offrir un cadre susceptible de promouvoir toutes les activités concourant à l'amélioration de leurs conditions de vie ;
- Les organiser pour la création de centres de formation professionnelle (artisanat, couture, commerce, élevage de volailles ; alphabétisation...) ainsi que toutes autres activités rémunératrices pour les handicapés des villes et villages à l'intérieur du pays).

13. AGHAM - Association Guinéenne pour la Réinsertion des Handicapés Mentaux

14. AGPFD - Association Guinéenne pour la promotion des Femmes Défavorisées

15. APGH - Association Guinéenne pour la Promotion des Femmes Handicapées

16. LE CENTRE SOGUE Centre pour aveugles et malvoyants

Adresse postale : S/C Direction Nationale de la Promotion et de la Protection Sociale / MASPFE

Localisation : «Cité solidarité», Ratomia - Conakry

Date de création : le 23 Juillet 2002

Mission principale : Education et formation des enfants ayant des déficiences visuelles

ANNEXES

Annexe 1 : Approche méthodologique pour la réalisation de l'étude

APPROCHE METHODOLOGIQUE

La réalisation de cette étude nous conduira à répondre aux cinq questions classiques suivantes : Qui ?, Quoi ?, Comment ?, Pour qui ?, Pourquoi ? En d'autres termes, de qui s'agit-il ?, quoi faut-il faire ?, comment le faire ?, pour qui le fait-on ? et pourquoi ?, autrement dit à quelles fins ?

Pour le prestataire, la réponse à ces premières interrogations à travers un plan de travail bien élaboré et accepté par l'employeur sera, à notre avis, un bon point de départ d'une approche méthodologique.

1. **Qui ?** L'étude s'adresse aux groupes marginaux ci-après qui représentent des cas sociaux importants et plus particulièrement pour le Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance (MASPFE).

Il s'agit des :

- Mendiants
- Handicapés
- Toxicomanes/ drogués
- Sans domicile fixe
- Les vieux (personnes du 3^e âge)

2. **Quoi ?** Il est question de faire l'état des lieux, connaître la situation de ses personnes sur toute l'étendue du territoire national :

- leur localisation
- leur répartition
 - par sexe et âge
 - par région
 - par nature de handicaps

- . les causes ou motifs de leur situation
- . leurs conditions d'existence
- . les organisations caritatives intervenant en leur faveur et l'assistance fournie,
- . les activités qu'ils mènent ou qu'ils pourraient et voudraient mener,
- . leurs besoins en matière d'assistance, pour leur subsistance mais aussi pour leur insertion sociale et professionnelle.

En résumé, une connaissance aussi exhaustive que possible sur ces groupes sociaux.

3. **Comment ?** Les moyens, les méthodes de collecte des informations permettant d'atteindre l'objectif. L'approche préconisée comportera deux volets :

- une revue littéraire et des concertations avec les institutions, organisations et personnes ressources intéressées ;
- une enquête quantitative auprès des différents groupes concernés.

a. La revue Littéraire : consistera à rassembler et à exploiter les informations disponibles sur les sujets auprès des :

- Administrations Publiques ;
- Institutions internationales ;
- ONG nationales et internationales ;
- Institutions de formation ;
- Personnes ressources, etc.

A cet effet, seront ciblés :

✓ Au niveau des Administrations Publiques / collectivités

- Le Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance (pour la mobilisation, la motivation et la sensibilisation des populations) ;
 - DNPPS - DAAF - Conseiller Juridique (pour l'insertion, la réinsertion ou la réhabilitation des groupes concernés) ;
 - Ecole des sourds, école des aveugles, CNO, Cité Solidarité, Jean Paul II ;
 - DN Femmes, DN Enfance
- Le Ministère de la Santé :
 - Statistiques sanitaires ;
 - CHU de Donka et de Ignace Deen
 - Services : Psychiatrie, Neurologie, Traumatologie.
- Le Ministère de l'Administration du Territoire, de la Décentralisation et de la Sécurité :
 - Décentralisation (implication des communautés à la base ; pour la prise en charge des groupes concernés) ;
 - Sécurité (Répression) Secrétariat permanent CNLD.
- Le Ministère de l'Economie et des Finances / Secrétariat d'Etat au Plan :
 - Recensement général de la population et de l'habitation ;
 - Enquête sur les Ménages ;
 - Profil de la pauvreté ;
 - EDS.
- Gouvernorat de Conakry
Les cinq communes de Conakry

✓ Au niveau des Institutions internationales :

- PNUD : Etudes diverses

- UNICEF : Revues annuelles Situation des femmes et enfants de Guinée
- OMS : Statistiques mondiales / Afrique / Guinée
- ✓ ONG caritatives
 - MSF ;
 - AGUIPAH ;
 - AMA (Agence des Musulmans d'Afrique) ;
 - Eglise Catholique ;
 - Eglise Protestante- Adventiste ;
 - Eglise Anglicane ;
 - FONDIS ;
 - Fondation Mama Henriette CONTE ;
 - Orphelinats (Pupilles de la Nation) ;
 - Centre Nimba ;
 - Fraternité Médicale ;
 - Guinée Solidarité ;
 - BETHEL.

- b. L'enquête : une enquête s'avère indispensable pour la réalisation des objectifs de l'étude.

L'enquête se fera sur la base d'un échantillon choisi de manière scientifique avec l'assistance d'un Ingénieur statisticien Economiste, appuyé par la Direction Nationale de la Promotion et de la Protection sociale et les personnes ressources ayant déjà travaillé sur le sujet.

Une fois l'échantillon établi, c'est à dire, quand les villes , les communes urbaines, les CRD, les districts, les quartiers et le nombre de personnes à enquêter auront été fixés, les 5 groupes d'enquêteurs seront déployés sur le terrain pour procéder à l'enquête.

Le questionnaire élaboré au préalable, de commun accord entre les prestataires et les employeurs, tiendra compte des préoccupations des principales institutions intéressées.

Pour guider les équipes sur le terrain, un manuel d'enquête sera préparé afin d'indiquer :

- la manière d'aborder les sujets enquêtés,
- le type d'informations à recueillir,
- la méthode d'administration et de remplissage du questionnaire

Organisation de l'enquête et analyse des résultats :

Le travail d'enquête sera organisé de la manière suivante :

5 équipes de 5 personnes seront déployées à Conakry et dans les 4 régions naturelles du pays, suivant un itinéraire et un chronogramme bien précis.

Groupe 1 : Axe Kindia - Boké – Kamsar

- 1 Chef de Groupe parlant sousou
- 3 Enquêteurs (hommes) parlant 2 langues au moins
- 1 Enquêteur (femme) parlant soussou

1 Véhicule
 1 Chauffeur
 Location
 Carburant
 Per diems

Villes à couvrir : Kindia, Coyah, Dubreka, Boffa, Boké
 CRD à couvrir : Coyah – Kindia
 Districts et ou quartiers urbains Boké – Boffa - Coyah – Kindia

Groupe 2: Axe Conakry – Kankan – Mandiana

1 Chef de groupe parlant malinké
 3 Hommes
 1 Femme
 1 Véhicule
 1 Chauffeur
 Location
 Carburant
 Perdiem

Villes : Dabola – Kouroussa – Kankan – Mandiana

Groupe 3 : Axe Conakry – N'zérékoré – Lola

Villes : Faranah – Kissidougou – Guekedou – Macenta – N'zérékoré – Lola

1 Chef de groupe parlant (malinké et guérézé, malinké et kissi, ou malinké et toma, etc).
 3 Hommes
 1 Femme
 1 Véhicule
 1 Chauffeur
 Location
 Carburant
 Perdiem

Groupe 4 : Axe Conakry – Mamou – Labé - Lelouma

Villes : Mamou – Dalaba – Pita – Labé – Lelouma

1 Chef de groupe parlant (poullar)
 2 Hommes
 1 Femme
 1 Véhicule
 1 Chauffeur
 Location
 Carburant
 Perdiem

Groupe 5: Axe Kaloum – Dixinn – Matam – Ratoma – Matoto

1 Chef de groupe

- 5 Enquêteurs dont une femme
Forfait transport individuel
Per diem
4. **Pour qui ?** L'étude entre dans le cadre de la mission confiée au Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion féminine et de l'Enfance. Elle s'inscrit en droite ligne des réflexions engagées par le gouvernement pour l'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP).

Elle servira au gouvernement, aux collectivités locales, organisations caritatives ainsi qu'aux partenaires au développement dans la définition et la mise en œuvre de leurs politiques et plans d'actions en faveur des groupes marginaux.

5. **Pour quoi ?** Le but fondamental de l'étude est de servir à l'élaboration et à la mise en œuvre efficace de la politique nationale en matière de protection et d'intégration des groupes marginaux. Elle permettra de cerner les contraintes des groupes concernés et de mettre en place des programmes et projets adaptés et opérationnels permettant leur mieux-être.

Enfin, elle contribuera à l'efficacité des interventions de tous les acteurs œuvrant en faveur des groupes marginaux.

Analyse des Résultats

l'étude sera réalisée sous la supervision d'un économiste principal chef de mission.

Une fois l'approche méthodologique approuvée par la DNPPS et le SP/SRP, les travaux de revue littéraire débiteront ainsi que la sélection et la contribution des groupes d'enquêteurs.

Trois (3) Consultants seront recrutés pour traiter un certain nombre d'aspects liés à l'étude : un économiste, un sociologue, un statisticien économiste ainsi qu'une secrétaire. Certaines personnes ressources seront consultées pour apporter éventuellement leurs contributions.

- un planificateur (élaboration d'un programme national pour les groupes concernés) ;
- un spécialiste des questions scolaires (éducation des enfants handicapés) ;
- un spécialiste de la RBC

Revue littéraire

La revue littérature sur les personnes marginales sera faite et la documentation existante exploitée et répertoriée. Cette tâche sera confiée au sociologue superviseur.

L'organisation de l'enquête :

Chaque chef de groupe sera tenu de fournir un rapport détaillé de l'enquête selon un canevas qui lui sera défini.

L'exploitation de l'enquête sera assurée au moyen d'un système informatique approprié. Les résultats seront présentés sous forme de tableaux pour analyse.

Le superviseur s'occupera des questions de logistique, de secrétariat et de la collecte des données dans la ville de Conakry.

La synthèse et la rédaction du rapport seront exclusivement sous la responsabilité de l'Economiste principal. Avant sa finalisation, ce rapport sera soumis, pour critiques et observations, aux autorités du Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, au Secrétariat Permanent de la DSRP ainsi qu'aux principaux partenaires concernés.

Budget :

Les activités dévolues au Prestataire se résument dans les (4) points ci après :

1. Une revue littéraire et des concertations avec les différents acteurs intéressés par l'étude ;
2. Une Enquête partielle pour déterminer les tendances ;
3. Une analyse socio-économique pour évaluer la situation ;
4. Un plan d'action pour donner les orientations.

Pour la réalisation de ses activités, les postes budgétaires à prévoir sont les suivants

1. Réalisation de la revue littéraire

Collecte d'information
Analyse et synthèse

2. Enquête

Elaboration du questionnaire
Multiplication.
Formation des Enquêteurs
Administration de l'enquête
Déplacement

3. Etude socio-économique, analyse des résultats de l'enquête

4. Rédaction du rapport de synthèse

Plans d'action / conclusions et recommandations
En détails les rubriques se présentent comme suit

1. Enquête

Location Véhicules
Carburant
Chauffeurs
Matériel didactique
Per diems.
Honoraires enquêteurs
Honoraires statisticien économiste
Honoraires superviseur

2. Secrétariat

Saisie
Reprographie

3. Superviseur

Logistique
Déplacement
Rédaction

4. Revue littéraire

Honoraires Socio-économiste

5. *Appuis à la collecte de l'information et à la coordination*

6. *Finalisation du Rapport et Restitution*
Consultant principal

METHODOLOGIE D'ENQUETE

1- Résultats Attendus des superviseurs et des équipes d'enquête

A l'issue des opérations de collecte, de traitement et d'analyse des informations et des données recueillies, le chef d'équipe d'enquête doit pouvoir fournir un rapport général de 10 pages saisies au minimum 15 au maximum contenant :

- ✓ Un diagnostic précis de la situation des groupes marginaux (handicapés, mendiants, sans domicile fixe, toxicomanes et vieux) et la liste détaillée des contraintes à leur intégration et à leur épanouissement, au plan économique et social dans la région où l'enquête a été menée (4 pages saisies au minimum).
- ✓ Une meilleure connaissance du phénomène de marginalisation et de mendicité dans la région concernée (2 pages saisies minimum).
- ✓ Une banque de données actuelles et variées sur les groupes sociaux marginalisés et sur leurs besoins en formation, intégration à des structures socioprofessionnelles et de réinsertion dans la région. Ces données seront présentées sous forme de tableaux ci-après (en 2 pages maxi.)
- ✓ Une évaluation du potentiel d'appui (du gouvernement, des partenaires au développement, etc.) susceptible de favoriser la réinsertion et l'épanouissement des groupes marginalisés dans la région en question (2 pages).
- ✓ Une identification des activités accessibles et porteuses et des propositions d'axes d'interventions en vue de leur développement dans la région (2 pages).

2- Programme de travail de chaque équipe

Sauf cas de force majeure, un maximum de dix (10) jours a été arrêté pour l'ensemble des équipes. On estime que l'essentiel de la collecte des informations sur le terrain est possible dans cet intervalle (y compris les voyages aller et retour sur Conakry) et la rédaction du rapport d'enquête régionale.

Si ce chronogramme est respecté, chaque préfecture couverte par l'enquête nécessitera un jour de présence effective des enquêteurs.

N.B: les équipes de M.G, H.G et, G.F, ayant collecté des informations destinées à d'autres régions les remettrons à leurs utilisateurs dès leurs retour à Conakry à des fins de synthèse. Il est conseillé aux équipes de s'adresser aux autorités locales pour obtenir tous les renseignements relatifs aux groupes marginaux résidant dans leurs juridictions

Il faut noter également que les données sur les régions administratives et les régions naturelles sont à collecter et compiler sous forme de tableau.

Tableau 1

Données sur les personnes enquêtées
Zone spéciale de Conakry

Répartition spatiale des groupes marginaux dans les
cinq (5) communes urbaines de Conakry

Communes Urbaines	Nombre Total d'enquêtés			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Kaloum																	
Dixinn																	
Matam																	
Ratoma																	
Matoto																	
Total																	

Tableau 2

Zone spéciale de Conakry

Le poids des groupes marginaux sur la
Population résidente de Conakry

Communes Urbaines	Population Totale			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Kaloum																	
Dixinn																	
Matam																	
Ratoma																	
Matoto																	
Total																	

Tableau 3

Zone spéciale de Conakry

Données sur les personnes marginales
Souhaitant bénéficier d'une formation

Communes Urbaines	Population Totale			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Kaloum																	
Dixinn																	
Matam																	
Ratoma																	
Matoto																	
Total																	

Tableau 4

Zone spéciale de Conakry

Données sur les personnes marginales ayant
un emploi générateur de revenus

Communes Urbaines	Population Totale			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Kaloum																	
Dixinn																	
Matam																	
Ratoma																	
Matoto																	
Total																	

Tableau 1

Guinée Maritime

 Données sur les personnes enquêtées
 Répartition spatiale des groupes marginaux en Guinée Maritime

Nom de la localité : Ville, CU, ou CRD	Nombre Total d'enquêtés			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Forécariah																	
Maférinyah																	
Coyah																	
Manéah																	
Km 36																	
Dubreka																	
Wassou																	
Tanéé																	
Tamita																	
Boffa																	
Tougnifili																	
Kolaboui																	
Kamsar																	
Boké																	
Tanéé																	
Sangaredi																	
Total																	

Tableau 2

Guinée Maritime

 Données sur les Personnes enquêtées
 Le poids des groupes marginaux sur la population résidente

Nom de la localité : Ville, CU, ou CRD	Population Totale			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Forécariah																	
Maferinyah																	
Coyah																	
Manéah																	
Km 36																	
Dubreka																	
Wassou																	
Tanéé																	
Tamita																	
Boffa																	
Tougnifili																	
Kolaboui																	
Kamsar																	
Boké																	
Tanéé																	
Sangaredi																	
Total																	

Tableau 3

Guinée Maritime

 Données sur les personnes marginales souhaitant
 bénéficier d'une formation

Nom de la localité : Ville, CU, ou CRD	Population Totale			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Forécariah																	
Maférinyah																	
Coyah																	
Manéah																	
Km 36																	
Dubreka																	
Wassou																	
Tanéé																	
Tamita																	
Boffa																	
Tougnifili																	
Kolaboui																	
Kamsar																	
Boké																	
Tanéé																	
Sangaredi																	
Total																	

Tableau 4

Guinée Maritime

Données sur les personnes marginales ayant un emploi
générateur de revenus

Nom de la localité : Ville, CU, ou CRD	Population Totale			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Forécariah																	
Maférinyah																	
Coyah																	
Manéah																	
Km 36																	
Dubreka																	
Wassou																	
Tanéé																	
Tamita																	
Boffa																	
Tougnifili																	
Kolaboui																	
Kamsar																	
Boké																	
Tanéé																	
Sangaredi																	
Total																	

Tableau 1

Moyenne Guinée

Données sur les personnes enquêtées
Répartition spatiale des groupes marginaux en Moyenne Guinée
(* en commençant par Kindia et environs)

Nom de la localité : Ville, CU, ou CRD	Nombre Total d'enquêtés			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Friguiagbé *																	
Kindia *																	
Linsan *																	
Tamagaly																	
Mamou																	
Boulliwel																	
Dalaba																	
Miti																	
Pita																	
Timbi Madina																	
Hafia																	
Garambé																	
Labé																	
Popodra																	
Tountouroun																	
Sannoun																	
Total																	

Tableau 2

Moyenne Guinée

 Données sur les Personnes enquêtées
 Le poids des groupes marginaux sur la population résidente
 Région de la Moyenne Guinée
 (* en commençant par Kindia et environs)

Nom de la localité : Ville, CU, ou CRD	Population Totale			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Friguiagbé *																	
Kindia *																	
Linsan *																	
Tamagaly																	
Mamou																	
Boulliwel																	
Dalaba																	
Miti																	
Pita																	
Timbi Madina																	
Hafia																	
Garambé																	
Labé																	
Popodra																	
Tountouroun																	
Sannoun																	
Total																	

Tableau 3

Moyenne Guinée

Données sur les personnes marginales souhaitant
bénéficier d'une formation

(* en commençant par Kindia et environs)

Nom de la localité : Ville, CU, ou CRD	Population Totale			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	
Friguiagbé *																		
Kindia *																		
Linsan *																		
Tamagaly																		
Mamou																		
Bouliwel																		
Dalaba																		
Miti																		
Pita																		
Timbi Madina																		
Hafia																		
Garambé																		
Labé																		
Popodra																		
Tountouroun																		
Sannoun																		
Total																		

Tableau 4

Moyenne Guinée

Données sur les personnes marginales ayant un emploi
générateur de revenus

(* en commençant par Kindia et environs)

Nom de la localité : Ville, CU, ou CRD	Population Totale			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Friguiagbé *																	
Kindia *																	
Linsan *																	
Tamagaly																	
Mamou																	
Boulliwel																	
Dalaba																	
Miti																	
Pita																	
Timbi Madina																	
Hafia																	
Garambé																	
Labé																	
Popodra																	
Tountouroun																	
Sannoun																	
Total																	

Tableau 1

Haute Guinée

Données sur les personnes enquêtées
Répartition spatiale des groupes marginaux en Haute Guinée
(* en commençant par Timbo)

Nom de la localité : Ville, CU, ou CRD	Nombre Total d'enquêtés			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Timbo *																	
Dabola																	
Bissikrima																	
Cissela																	
Sanguiana																	
Kouroussa																	
Baro																	
Kourana																	
Bate Nafadji																	
Baladou																	
Kankan																	
Total																	

Tableau 2

Haute Guinée

 Données sur les Personnes enquêtées
 le poids des groupes marginaux sur la population résidente
 Région de la Haute Guinée
 (* en commençant par Timbo)

Nom de la localité : Ville, CU, ou CRD	Population Totale			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Timbo *																	
Dabola																	
Bissikrima																	
Cissela																	
Sanguiana																	
Kouroussa																	
Baro																	
Kourana																	
Bate Nafadji																	
Baladou																	
Kankan																	
Total																	

Tableau 3

Haute Guinée

 Données sur les personnes marginales souhaitant
 bénéficier d'une formation
 (* en commençant par Timbo)

Nom de la localité : Ville, CU, ou CRD	Population Totale			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Timbo*																	
Dabola																	
Bissikrima																	
Cissela																	
Sanguiana																	
Kouroussa																	
Baro																	
Kourana																	
Bate Nafadji																	
Baladou																	
Kankan																	
Total																	

Tableau 4

Haute Guinée

Données sur les personnes marginales ayant un emploi
générateur de revenus

(* en commençant par Timbo)

Nom de la localité : Ville, CU, ou CRD	Population Totale			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Timbo*																	
Dabola																	
Bissikrima																	
Cissela																	
Sanguiana																	
Kouroussa																	
Baro																	
Kourana																	
Bate Nafadji																	
Baladou																	
Kankan																	
Total																	

Tableau 1

Guinée Forestière

 Données sur les personnes enquêtées
 Répartition spatiale des groupes marginaux en Guinée Forestière
 (* en commençant par Faranah et environs)

Nom de la localité : Ville, CU, ou CRD	Nombre Total d'enquêtés			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Marela *																	
Faranah *																	
Tiro *																	
Banian																	
Kissidougou																	
Yendè																	
Guéckedou																	
Macenta																	
Seredou																	
Koulé																	
N'Zérékoré																	
Total																	

Tableau 2

Guinée Forestière

 Données sur les Personnes enquêtées
 le poids des groupes marginaux sur la population résidente
 (* en commençant par Faranah et environs)

Nom de la localité : Ville, CU, ou CRD	Population Totale			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Marela *																	
Faranah *																	
Tiro *																	
Banian																	
Kissidougou																	
Yendè																	
Guéckedou																	
Macenta																	
Seredou																	
Koulé																	
N'Zérékoré																	
Total																	

Tableau 3

Guinée Forestière

Données sur les personnes marginales souhaitant
bénéficier d'une formation

(* en commençant par Faranah et environs)

Nom de la localité : Ville, CU, ou CRD	Population Totale			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Marela *																	
Faranah *																	
Tiro *																	
Banian																	
Kissidougou																	
Yendè																	
Guéckedou																	
Macenta																	
Seredou																	
Koulé																	
N'Zérékoré																	
Total																	

Tableau 4

Guinée Forestière

Données sur les personnes marginales ayant un emploi
générateur de revenus

(* en commençant par Faranah et environs)

Nom de la localité : Ville, CU, ou CRD	Population Totale			Handicapés			Mendiants			S.D.F			Toxicomanes			Vieux	
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F
Marela *																	
Faranah *																	
Tiro *																	
Banian																	
Kissidougou																	
Yendè																	
Guéckedou																	
Macenta																	
Seredou																	
Koulé																	
N'Zérékoré																	
Total																	

Annexe 3: Fiche d'enquête relative aux conditions de vie des groupes marginaux en Guinée

**ENQUETE SUR LES CONDITIONS DE VIE
DES GROUPES MARGINAUX EN GUINEE
(Juillet 2002)**

I- Partie Administrative

Nom de l'enquêteur : _____

Lieu où se déroule l'enquête : _____

Date de l'enquête : _____

II- Catégorie de la Personne Enquêtée

Personne Handicapée

Sans domicile fixe

Mendiant sans handicap

Personne du 3è Age

Toxicomane

Autre : _____

III- Données sur la Personne Enquêtée

A. Nom et Prénom : _____ Sexe M F

Age _____ Lieu de Naissance _____

B. Domicile Permanent (origine) : _____

Domicile Actuel : _____ Depuis quand ? _____

C. Pourquoi avez vous quitté votre (village/ ville) ? _____

D. Statut Matrimonial : Marié (e) Divorcé (e) Veuf (ve)

Célibataire Nombre d'enfants : _____

Si vous êtes marié, vivez vous avec votre femme ? Oui Non

Vivez vous avec vos enfants ? Oui Non

Si non, expliquez : _____

E. Habitation

- Habitez vous ? a)- seul b)- avec vos parents
 c)- avec des parents d)- avec votre partenaire
 e)- habitez vous avec vos enfants ? Oui Non

F. Niveau d'instruction/ Formation**Instruction**

- Analphabète Supérieur
 Primaire (année?.....) Professionnelle
 Secondaire 1^{er} cycle Autres : _____
 Secondaire 2^e cycle

QUALIFICATION PROFESSIONNELLE.

Avez-vous appris un métier ? Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Si oui comment l'avez-vous appris ?

Par formation dans un établissement professionnel

Par apprentissage simple

Par les deux

Si vous avez été formé dan une école

Quelle à été la durée ? _____ années _____ mois _____

Dans quelle branche ? _____

Quel diplôme avez-vous obtenu ? _____

Nom de l'école _____

Handicapé (es)

De quel type de handicap souffrez-vous ?

Déficiência visuelle

Handicap des membres inférieurs

Déficiência auditive

Handicap des membres supérieurs

Paralysé (préciser)

Handicap mental

Lépreux

Autres (expliquez) _____

1- Moyens de déplacement

Pour vous déplacer, Vous servez vous ?:

d'un tricycle

d'une canne blanche

de béquilles

de prothèses

d'un bâton

Avez-vous quelqu'un pour vous aider ?

Oui

Non

Si oui (expliquez) _____

Pour pouvoir vous déplacer correctement, de quoi avez-vous besoin ?
(expliquez) _____

Avez-vous demandé de l'aide

Oui

Non

Si oui, à qui ? _____

2- Intégration sociale

Etes-vous membre d'une association pour personnes handicapées ?

Oui Non

Vivez vous dans une cité ? Oui Non

Si oui, où ? _____

Recevez vous une aide matérielle ou financière ? Oui Non

(Expliquez) _____

Comment occupez-vous votre temps ? _____

Comment souhaiteriez-vous occuper votre temps ? _____

Quels activités aimeriez-vous entreprendre ? _____

(Expliquez) _____

Dans le groupe familial au sein duquel vous vivez, vous contribuez peut-être à l'entretien régulier d'autres personnes Oui Non

Je n'entretiens personne, je suis moi-même entretenu par un parent

Je n'entretiens personne sauf moi-même

J'entretiens régulièrement _____ Personnes _____

(expliquez) _____

3- Emploi

Avez-vous une occupation (travail) génératrice de revenu ?

Plusieurs travaux générateurs de revenus ?

Aucun travail générateur de revenus ?

Citez l'activité ou les activités génératrices de revenus que vous avez ?

Mendiants

1. Si vous n'avez aucun travail générateur de revenus, comment faite-vous pour vivre ?

Je vis de mendicité

Je suis entretenu par la famille

Autres (précisez) _____

2. Si vous n'exercez pas une activité, à quoi occupez-vous votre temps durant la journée ? _____

3. Si vous vivez de mendicité ? où exercez vous cette activité ?

à un lieu fixe dans la ville (précisez) _____

de maison en maison

d'une ville à une autre

3. Votre partenaire pratique-t-il /elle la mendicité ?

oui

Non

Vos enfants pratiquent-ils la mendicité ? oui Non

4. Depuis quand pratiquez vous la mendicité ? _____

5. Quels revenus tirez vous de la mendicité ?

Par jour _____ Par mois _____

6. Arrivez-vous à satisfaire vos besoins ? _____

7. Souhaitez-vous continuer la mendicité ? Oui Non

8. Avez-vous tenté d'arrêter de mendier ? Oui Non

9.. Que vous faut-il pour cesser de mendier ? _____

10. Etes-vous disposé à apprendre un métier ? Oui Non

Lequel ? _____

11. Pensez-vous restez mendiant toute la vie ?

oui Non

12. Connaissez-vous des organisations qui pourraient vous aider à vous en sortir ?

oui Non

13. Les avez-vous approché ? oui Non

14. Quelle est votre vision de la vie et que faut-il faire pour améliorer vos conditions d'existence ? _____

Troisième Age

1. Quel âge avez-vous ? _____ ans _____
2. Avez-vous une pension ? Oui Non
3. Si oui est-elle suffisante ? Oui Non
4. Qui s'occupe de vous ? _____

5. De quoi avez-vous besoins pour être à l'aise ? _____

6. Etes-vous à la charge de vos enfants ou de l'un d'entre eux ?

 Oui Non
7. Si oui depuis quand ? _____

8. En dehors du poids de l'âge, est-ce que vous êtes en bonne santé ?

10. Quelle est votre capacité réelle de mobilité ?
- Satisfaisante

- Réduite
- Nulle (grabataire)

11. En cas de maladie, qu'est ce qui assure la prise en charge médicale (médicaments, hospitalisation) ?

- Famille
- Parents proches
- Collectivité (ressortissants)
- Pension

12. De quelle forme d'assistance avez-vous le plus besoin ?

- Assistance financière
- Assistance matérielle
- Assistance médicale
- Assistance morale

Les Toxicomanes

1. Depuis combien d'années êtes-vous toxicomane ? _____

2. Dans quel contexte êtes-vous devenu toxicomane ? _____

3. Quelle était votre situation professionnelle avant de devenir toxicomane ?

Chômeur

Elève ou étudiant

Employé activité exercée ? _____

Travailleur indépendant activité exercée ? _____
4. Avez-vous le sentiment d'avoir perdu quelque chose du fait de votre toxicomanie ?

Au plan sanitaire (expliquez) _____

- Au plan professionnel _____

Au plan social _____

5. Avez-vous le sentiment d'avoir connu des déficiences mentales ?

Oui Non

Avez-vous séjourné à l'hôpital psychiatrique ? Oui Non

Si oui, répondez aux questions suivantes :

- pensez-vous pouvoir sortir de la toxicomanie ? Oui Non

- de quelle assistance avez-vous besoin pour vous en sortir ?

- comment pensez-vous pouvoir vous réorganiser pour retrouver un meilleur équilibre psychique, social, professionnel et humain ?

Les sans domicile fixe (SDF)

1. Depuis combien de temps êtes-vous sans domicile fixe ? _____

2. Comment en êtes-vous arrivée là ? _____

3. Comment faites-vous pour vous abriter des intempéries notamment en saison pluvieuse ?

4. Etes-vous harcelé par les forces de l'ordre ? (police, brigade communale, gendarmerie) _____

5. Etes-vous souvent victime d'agression ? Oui Non

Si oui, par qui ? _____

Et pourquoi à votre avis ? _____

6. Avez-vous un point de ralliement quelconque en ville ? _____

7. Comment faites-vous pour vous nourrir quotidiennement ? _____

8. Avez-vous reçu une aide quelconque de la part d'une ONG, d'une œuvre religieuse ou d'une organisation caritative ? Oui Non

Si oui, de la part de qui ? _____

Quand et comment ? _____

Annexe 4 : Fiche d'enquête relative aux institutions caritatives œuvrant en faveur des groupes marginaux en Guinée

Enquête sur les institutions caritatives œuvrant en faveur des groupes marginaux en Guinée

Mendiants, Handicapés, Toxicomanes, Personnes âgées, Sans domicile fixe

1. Nom de l'Institution
2. Adresse
3. Nature juridique
4. Année de création
5. Sources de financement
6. Durée d'exercice prévue
7. Structuration interne, personnel et qualifications
8. Affiliation, marge d'autonomie de gestion
9. Objectifs principaux
10. Groupe (s) cible (s)
11. Type (s) d'appuis donnés

12. Contribution financière en nature, en travail demandé aux bénéficiaires en contre partie des appuis donnés.
13. Méthodologie d'approche (sélection des groupes cibles, approche spatiale/ professionnelle, formation des promoteurs, leaders, organisation de la gestion, formes de participation des groupes cibles dans les décisions, évolution de l'appui, mesure envisagées préparant le suivi du projet/ intervention).
14. Type de ressources didactiques (brochures didactiques, audio visuel, démonstration).
15. Type de ressources techniques (atelier, instructeur technique, élaboration des prototypes).
16. Niveau d'accomplissement des objectifs initiaux (synthèse des rapports d'évaluation, restructuration du projet/ intervention ; changement au niveau des ressources financières ; accroissement des champs d'activité ; changement des groupes cibles, etc.).
17. Interventions de l'Institution au bénéfice de personnes handicapées niveaux de connaissances pour les problèmes spécifiques aux personnes handicapées, nombre et nature des interventions ; impact des interventions).
18. Conclusions/ Analyses (les Institutions interviewées connaissent-elles suffisamment le secteur informel, par exemple : études faites, enquêtes, analyses, ... ; quel est leur niveau de connaissances du milieu où elles interviennent ; rapport entre activités sur le terrains et activités administratives).

Remarque : veuillez joindre toute documentation pour des précisions complémentaires si possible.

Annexe 5: Lettre d'introduction auprès des administrations publiques, des institutions internationales, des élus locaux, des ONG et des personnes ressources

Lettre d'introduction de la mission d'enquête

Dans le cadre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, la Guinée a reçu un financement de la Banque Africaine de Développement (BAD) pour mener une étude sur les conditions d'existence sur les personnes marginales (handicapés, mendiants, toxicomanes, sans domicile fixe, personnes âgées) afin de mieux connaître leur situation sur toute l'étendue du territoire nationale et concevoir ainsi des projets permettant d'améliorer leurs conditions d'existence à travers une meilleure réinsertion et ou réhabilitation sociales.

A cette fin, Monsieur le, nous aimerions obtenir au niveau de la juridiction dont vous avez la charge, les informations nécessaires à la réalisation de cette importante mission pour notre gouvernement.

Exemple : au niveau de la Région Administrative, nous aimerions avoir les données sur :

- la population totale ;
- le nombre des personnes marginales par âge et par sexe (H, M, T, SDF et V) ;
- les activités et projets de réinsertion en cours au niveau de votre région ;
- activités souhaitées par ces groupes marginaux ;
- un tableau de situation générale dans la région.

Annexe 6 : Institutions internationales et fondations rencontrées

	Institutions	Personnes Cibles	Fonction	Téléphone
1.	PNUD	Mme Aissatou BAH M. Youssouf DIABATE	Economiste Chargé Réduction de la Pauvreté	41-15-58 41-15-58
2.	Banque Mondiale	M. Amadou Oury DIALLO M. Abdoulaye Yero BALDE	Agro-économiste, Chargé d'Opérations Economiste,	
3.	OMS	Mme Kadiatou MBAYE	Représentant	46-20-16 46-39-35
4.	UNICEF	M. Ibrahima YANSANE Mme Marianne CLARKE		46-23-56
5.	FAO	M. Ari TOUBO Ibrahima	Représentant	41-40-95 21-54-62
6.	ONUDI	Bouraima DIALLO	Représentant Adjoint	41-31-61
7.	Union Européenne	M. Abdoul Aziz MBAYE Mme Sandra PIEROL	Conseiller Economique Politique Conseillère	46-19-15 40-48-70 40-74-24
8.	GTZ	M. Franz Von ROENNE	Coordonnateur de Programme	41-22-20 40-56-60
9.	Médecins sans Frontières	M. Eric PITOIS	Chef de Mission	46-34-80
10.	Fondation Maman Henriette CONTE	Mme Rougui BARRY	Directrice Exécutive	41-34-30
11.	USAID			41-25-02 41-20-29 41-21-63
12.	Fondation Frederich Ebert	M. Salemoussa SOUMAH		41-31-75

BIBLIOGRAPHIE

- **Les Handicapés** MARIAMA SIDIBE : Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1996. Direction Nationale de la Statistique, Bureau National du recensement. Secrétariat d'Etat au Plan , Ministère de l'Economie et des Finances.

- **Situation des enfants en Guinée** . Marie Anne DOUALAMOU : RGPH 1996/DNS/BNR/SEP/MEF

- **Les Migrations en Guinée** : Mamadou Dian BAH RGPH 1996/DNS/BNR/SEP/MEF. Conakry 2000

- **Analyse des caractéristiques d'éducation de la population**. Boubacar BARRY : RGPH 2996/DNS/BNR/SEP/MEF. Conakry 20000 ;

- **Evaluation de la qualité des données**. Abdoulaye DIALLO : RGPH 1996/DNS/BNR/SEP/MEF. Conakry 2000.

- **Caractéristiques économiques de la population**. DIALLO Oumar, BARRY Alpha Ousmane RGPH 1996/DNS/BNR/SEP/MEF. Conakry 2000.

-
- **Etat de la population**. Mamadou Chérif BAH : RGPH 1996 DNS/BNR/SEP/MEF. Conakry 2000.

- **Perspectives démographiques**. Mohamed Lamine KEITA : RGPH 1996 DNS/BNR/SEP/MEF. Conakry 2000.

- **Mortalité**. Daniel Fassa TOLNO : DNS/BNR/SEP/MEF Conakry 2000.

- **La Femme Guinéenne en 1996**. Mama KEITA et Lamarana DIALLO RGPH/BNR/SEP/MEF Conakry 2000.

- **La Guinée en chiffres** : Dr M. Dian DIALLO, Economiste Conakry 1998.

- Rapport Techniques et Etudes de Cas*

- **Rapport technique de la mission d'enquête et de sensibilisation dans les villages d'origine des pensionnaires de la cité solidarité** , rapport collectif. DNPPS –OMS- Conakry 2001.

- **Rapport d'activités 2001**. DNPPS/MASPFÉ, Conakry, 2001.

- **Etude d'ensemble sur les personnes handicapées en Guinée** Ouvrage collectif . DNPPS/MASPEE Conakry.

- **Etude de cas sur la situation des enfants à besoins éducatifs spéciaux en Guinée** – Conakry.
- Ouvrage collectif. DNPPS. Commission nationale guinéenne pour l'UNESCO. Conakry . Septembre 2001.

- **Appui au renforcement des moyens de coordination de la lutte anti-drogue** document de projet provisoire.

- **Programme Africain Antidrogue** 7^{ème} FED Mme Martine CAMMACHO (consultante indépendante expert en formation de projets). Ministère de la Sécurité/Comité national de lutte contre la drogue
- **Programme pour l'équité dans l'accès aux soins de qualité à Conakry (PEDASQ)** . Yousouf DIOUBATE . UNICEF - Coopération Française Conakry, février 2002.
- **Les déterminants des recours aux soins de santé à Conakry** :Analyse selon le niveau de vie des ménages Yousouf DIOUBATE et Moussa SANGARE Décembre 1999.
- **La qualité des soins dans les établissements sanitaires de Conakry : Analyse comparative.** Yousouf DIOUBATE, Dr Namory KEITA et all. Conakry février 2001
- **Modélisation des déterminants du recours aux soins de santé dans les établissements sanitaires de Conakry** Yousouf DIOUBATE, Conakry, mai 2001