Gaïa Développement
628 rue Chanteperdrix
69620 Frontenas
France
Site : https://gaiadeveloppement.com
Tel : +33 6 09 65 28 86

REALISATION D'UNE ETUDE GENRE ET D'EGALITE HOMMES FEMMES ET D'UN PLAN D'ACTION GENRE POUR LE PROJET PCI EN GUINEE

RAPPORT FINAL PROVISOIRE

Fatou Souare HANN
Abdoulaye DIALLO
Réjane ZIO

Décembre 2021

Contact :
Gaïa Développement **Anne BOUTIN** anneboutin@gaiadeveloppement.com

SOMMAIRE

SIGLES ET ABREVIATIONS **4**

I. RESUME EXECUTIF **6**
1.1. LIEN GENERAL ENTRE LE GENRE ET LA SANTE 6
1.2. ETATS DES LIEUX DE LA PCI 6
1.3. PCI ET FORMATION 6
1.4. ENJEUX ET DEFIS MAJEURS 7
1.5. PROPOSITIONS DE SOLUTIONS ET RECOMMANDATIONS 98

II. CONTEXTE **109**
2.1. CONTEXTE GENERAL DU PAYS 109
2.2. CONTEXTE GENRE EN GUINEE 1211

III. RAPPEL DU CADRE ET DES OBJECTIFS DE L'ETUDE **1413**

IV. RAPPEL METHODOLOGIQUE **1514**
4.1. COLLECTE DES DONNEES PRIMAIRES 1615
4.1.1. Approche qualitative 1615
4.1.2. Approche quantitative 1716
4.2. CIBLAGE GEOGRAPHIQUE 1716

V. LIMITES DE L'ETUDE **1817**

VI. RESULTATS DE L'ETUDE **1817**
6.1. CADRE LEGAL, POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL GENRE ET ENJEUX DANS LE CADRE DU PROJET PCI .. 1817

6.2. CARTOGRAPHIE DES PARTIES PRENANTES 2019
6.2.1. Les acteurs 2019
6.2.2. Analyse des intérêts PCI/Genre et influence ou pouvoir des parties prenantes . 2019
6.2.3. Sigles de la cartographie 2221

6.3. ANALYSE DES CAPACITES DES MAITRISES D'OUVRAGE 2322
6.3.1. Perception et pratiques en lien avec le genre et la PCI 2322
6.3.2. Ressources et capacités disponibles pour l'intégration du genre en lien avec la PCI 2423
6.3.3. Lacunes 2423
6.3.4. Besoins au regard des enjeux du projet PCI 2423

6.4. DIAGNOSTIC SOCIO-ECONOMIQUE 2524
6.4.1. Description des activités économiques présentes sur les zones du projet 2524
6.4.2. Description des activités informelles / Poids du travail informel et plus particulièrement domestique pour les différents membres des ménages (femmes-hommes, filles garçons) 2625
6.4.3. Dynamiques sociales sur les zones 2625
6.4.4. Profil des ménages 2726
6.4.5. Principales conclusions du volet socioéconomique 2827
6.4.6. Principales conclusions du volet socioéconomique en lien avec la PCI et le Genre 2928

6.5. DIAGNOSTIC FORMATION ET SENSIBILISATION SUR LA PCI 3130
6.5.1. Aspects généraux 3130
6.5.2. Aspects sectoriels spécifiques : secteur de la santé 3433
6.5.3. Dimensions transversales 3736

VII. INDICATEURS DE SUIVI EVALUATION DU PROJET ..... 38~~37~~

VIII. BILAN AFOM ..... 39~~38~~

IX. ANNEXES ..... 41~~40~~

Annexe 1 : Bibliographie ..... 41~~40~~
Annexe 2 : Liste des personnes rencontrés/interviewées à Conakry ..... 43~~42~~
Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées/interviewées dans les régions ..... 45~~44~~
Annexe 4 : Organisations professionnelles spécifiques dans le secteur de la santé, mixtes ou non-mixtes et ONG nationales ayant un poids dans la gouvernance de la santé ..... 48~~47~~
Annexe 5 : Quelques indicateurs de suivi évaluation (base de travail lors de l'atelier d'élaboration du PAG) ..... 50~~49~~

SIGLES ET ABREVIATIONS

AFD	Agence Française de Développement
ANSS	Agence nationale de Sécurité Sanitaire (Conakry)
BSD	Bureau de la Stratégie et du Développement (du ministère de la santé guinéen)
CEA-PCMT	Centre d'excellence africain pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles
CERFIG	Centre de Recherche et de Formation sur l'Infectiologie en Guinée
CHS	Comité d'Hygiène et de Sécurité
CICID	Comité Interministériel de la Coopération Internationale et du Développement
COSAH	Comité de Santé et d'Hygiène
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CNPAS	Centre national de perfectionnement des agents de santé
COPIL	Comité de pilotage
DNEHHS	Direction Nationale des Établissements Hospitaliers et de l'Hygiène des Soins
DNPSC	Direction Nationale de la prévention et de la santé communautaire
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DSSR	Droits de Santé Sexuelle et Reproductive
EF	Expertise France
ENSK	Ecole Nationale de la Santé de Kindia
EPI	Équipement de Protection Individuelle
EPS	Education pour la Santé
ERARE	Équipes Régionales d'Alerte et de Réponse aux Epidémies
FG	Focus Group
FOSA	Formation Sanitaire
GASC	Groupement des Agents de Santé Communautaire
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IAS	Infection Associée aux Soins
ICSHA	Indicateur de consommation des solutions hydroalcoolique
IEC	Information Education Communication
IES	Institution d'Enseignement Supérieure
INSP	Institut National de Santé Publique
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IPPS	Institut de Perfectionnement Professionnel en Santé
ISO	Infection du Site Opératoire
METFP	Ministère de l'enseignement technique et de la formation professionnelle
MGF/E	Mutilations génitales féminines/excisions
MPFEPV	Ministère de la promotion féminine, de l'enfance et des personnes vulnérables
MSHP	Ministère de la santé et de l'hygiène publique
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du millénaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OPROGEM	Office de Protection du Genre, de l'Enfance et des Mœurs
PAG	Plan d'Action Genre
PCI	Prévention et Contrôle des Infections
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PF	Planning Familial
PIB	Produit intérieur Brut
PNDES	Plan National de Développent Economique et Social

PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
RAM	Résistance aux Anti - Microbiens
RH	Ressources Humaines
SHA	Solution (désinfectant) Hydro - Alcoolique
SON	Soins obstétricaux et néonatals
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SMN	Santé Maternelle et Néonatale
SR	Santé de la Reproduction
SRMINIA	Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents
SSR	Santé Sexuelle et de la Reproduction
TdR	Termes de Référence
Twin2H	Projet de renforcement de l'hygiène hospitalière (2015-2018)
UGANC	Université Gamal Abdel Nasser de Conakry – Faculté des sciences et techniques de santé
VSBG	Violences Sexuelles Basées sur le Genre
WASH	Water Sanitation and Hygiene

I. RESUME EXECUTIF

1.1. LIEN GENERAL ENTRE LE GENRE ET LA SANTE

Le lien entre le genre et la santé se fait généralement au regard des rôles sociaux (procréation et communautaire) attribuées aux femmes. En effet, le genre prend toute son ampleur au sein du secteur médical dans le traitement des VBG (MGF/E, viols, mariages précoces, etc…), de la SRPF, de la Santé familiale et la SMIN donc des services liés au rôle de procréation des femmes. Par ailleurs, le code du travail est un exemple que la spécificité du genre est souvent prise à la lumière du rôle de procréation de la femme. Les femmes sont donc présentes dans les structures sanitaires pour bénéficier ou dispenser des services en lien avec leurs rôles sociaux de soins et d'entretien.

Pourtant, la non prise en charge des questions de Genre est assez généralisée. Dans la PCI, elle n'est pas une réalité seulement en Guinée mais aussi au niveau international. Même les objectifs de développement durable (ODD) ne font pas spécifiquement le lien entre le genre et la PCI et l'OMS le fait uniquement concernant la question des toilettes.

1.2. ETATS DES LIEUX DE LA PCI

La majorité des soignant.e.s. s ont été formé.e.s à la PCI depuis la crise épidémique d'Ebola. Aujourd'hui une attention particulière est accordée à la PCI, pour ne pas dire qu'elle bénéficie de toutes les attentions.

Par exemple, une harmonisation des curriculums de formation sur la PCI au niveau national est en cours et serait menée par le Ministère de la santé en collaboration avec tous les partenaires concernés par la PCI. Malheureusement il est peu probable que ce curriculum ait pris en compte les questions de genre. D'ailleurs, les données sexo spécifiques sur les questions de PCI sont indisponibles, elles le sont pour la santé en général dans une moindre mesure, mais elles sont peu nombreuses et mal maitrisées

Les agents vaccinaux sont pour la majorité des femmes. Elles sont exposées au risque de la gestion des déchets piquants et au risque de contamination des enfants vaccinés. Cette situation doit bénéficier d'une lecture des aspects genre en lien avec la PCI.

Les femmes sont souvent accusées d'être responsables des infections dans les foyers, elles ont la charge et la responsabilité du bien-être et donc de l'hygiène et de la nutrition de la famille, mais elles manquent de capacité pour bien le faire, parce qu'elles n'ont pas un niveau d'instruction suffisant, et à cause des pesanteurs sociales qui ne leur permettent pas de finir leur cursus scolaire.

1.3. PCI ET FORMATION

Il n'y aucune reconnaissance de l'aspect genre ou lecture à la lumière du genre dans les formations en PCI, quand il y a une prise en compte du genre et de l'égalité homme/femme dans le secteur de la santé, on exprime les limites des solutions qui vont prendre du temps.

Les populations ne sont pas formées ni assez sensibilisées à la PCI. Les sensibilisations sont faites en période de crise et de manière superficielle. Au sein du système sanitaire aussi, les formations en PCI sont courtes (2-3 jours) et ne permettent pas d'intégrer en profondeur la question de la PCI, aussi il n'y a pas de suivi formatif.

Le bas niveau de formation des paramédicaux (relevé par une formatrice à Kankan) a été dénoncé et serait attribuable en partie à une prolifération des écoles privées qui donnent des diplômes sur des considérations monétaires. Ces écoles privées forment la relève avec des notions mais sans aller en profondeur.

Il n'y a pas assez d'agents de nettoyage formés (le nettoyage est souvent confié à des jeunes filles/femmes stagiaires). Ils ont tendance à être exclus ou oubliés pour l'accès aux formations, bien qu'ils/elles soient en première ligne d'exposition au risque infectieux.

1.4. ENJEUX ET DEFIS MAJEURS

- La PCI n'est pas ancrée comme elle devrait l'être dans la culture de « l'hygiène hospitalière », encore moins dans la culture populaire ;
- La PCI est très liée au WASH, qui est aussi très liée et très dépendante des femmes qui représentent 70% de la population qui fréquentent l'hôpital. Cette situation pose un enjeu pour l'accès et le contrôle des ressources d'eau ;
- Les tâches WASH reviennent souvent aux personnes vulnérables dont les vulnérabilités sont exacerbées par les rapports de genre (sexe, âge) ;
- La PCI en milieu de soin est négligée, elle se trouve renforcée seulement en période d'épidémie, le problème de la compréhension des enjeux peut être attribuable aux capabilités moindres des femmes parce qu'elles n'ont pas reçu une éducation primaire ;
- La PCI dans la communauté : est aussi une charge féminine, et elle est aussi négligée en période hors épidémie. De plus, il y a un manque de moyens, particulièrement pour l'accès à l'eau qui revient aux femmes, le coût n'est pas abordable, les intrants ne sont pas disponibles et il y a un problème de conscientisation des masses qui n'a jamais été fait en profondeur. Quand les ressources sont disponibles, leur contrôle revient aux hommes qui ne sont pas autant impliqués et ne comprennent donc pas aussi bien les besoins et enjeux ;
- La vaccination des nouveau-nés ne se fait pas à l'hôpital, mais dans des centres de vaccination que les mères ne fréquentent plus après être rentrées à la maison du fait du coût élevé des services ;
- Le manque de confiance en l'hôpital et manque de moyens font que les femmes et les familles viennent tard et seulement quand il y a des complications (dans l'accouchement), il n'y a donc que peu de suivi prénatal ;
- Les hommes arrivent aussi tard à l'hôpital, parce qu'ils le fréquentent quand leur état est très grave, pour des raisons de « masculinité » qui les force à ne pas montrer de faiblesse. Ce sont les hommes qui ont des moyens qui se déplacent vers l'hôpital et grâce à leurs moyens ils ne sont pas obligés de rester et font de l'hôpital de jour. Ils sont donc moins exposés aux infections nosocomiales ;

- Le manque de discipline caractérise les habitudes des populations et du personnel soignant face aux mesures d'hygiène ;
- La maternité est un terrain fertile pour les infections mais le personnel est souvent débordé par le nombre de patientes (celles qui accouchent sont même envoyées en pédiatrie par manque de place), et donc dans l'incapacité de respecter les règles d'hygiène de base pour leur protection.
- Il y a également la floraison des structures de santé, notamment privées, sur lesquelles le ministère n'a semble-t-il aucune maitrise, et qui sont des foyers de progradation des infections.

1.5. Propositions de solutions et Recommandations

La recommandation la plus importante concernant le genre et la PCI est probablement l'intégration du genre dans les curriculums de formation dans le secteur de la santé et particulièrement dans la PCI. Il s'agit ensuite de s'assurer que les femmes qui sont majoritaires dans ce secteur représentent la majorité des formateurs, bénéficient des formations et occupent des postes de décision au sein des structures de santé, particulièrement dans les comités d'hygiène, sans oublier celles qui font partie du personnel d'entretien.

De manière générale, il faut trouver des solutions pour que la PCI ne soit pas cyclique, mais régulière, et qu'elle ne soit pas délaissée. Il est aussi essentiel que les intrants et l'eau, ressources indispensables pour respecter les mesures d'hygiène et de PCI soient disponibles dans tous les établissements publics. Une attention particulière doit être portée sur l'accès aux latrines avec des mesures qui prennent en compte les besoins spécifiques des femmes.

Le renforcement des mesures doit se faire en collaboration avec les forces de sécurité pour un départ et la sensibilisation doit impliquer un nombre important d'acteurs, dont les autorités, les médias et les membres de la communauté médicale. Pour un meilleur suivi des actions, il est impératif que les données de suivi soient désagrégées par sexe et âge pour mieux comprendre les besoins.

CONTEXTE

2.1. CONTEXTE GENERAL DU PAYS

Contexte démographique et socio-économique

La Guinée est un pays situé en Afrique de l'Ouest, d'une superficie de 246 000 km2, bordé par l'océan Atlantique à l'ouest et partageant une frontière avec six pays que sont le Sénégal, la Guinée-Bissau, la Sierra Leone, le Liberia, la Côte d'ivoire et le Mali.

Malgré une importante richesse de son sous-sol en nombreuses ressources naturelles (la bauxite dont elle détient les 1ères réserves mondiales avec 25% du stock et en est le 2ème producteur mondial après l'Australie, l'or, le diamant, l'uranium, le fer, cobalt, etc.), la Guinée présente des indicateurs socio-économiques faibles. Avec une population de 13,1 millions d'habitants et un produit intérieur brut (PIB) de 15,4 milliards de dollars en 2020 (environ 1 194 dollars par habitant), le pays se situe au bas du classement IDH (indice de développement humain), occupant le 178ème rang sur 189 pays en 2019. Selon les autorités, un peu moins de la moitié des Guinéens (44%) vivraient en dessous du seuil national de pauvreté qui est estimé à 13 717 GNF/personne/jour (1,1 EUR) en 2019. L'économie y est encore largement informelle, avec une part estimée à 43% du produit intérieur brut (PIB) et 96% des emplois en 2018[1].

L'économie guinéenne est relativement peu diversifiée et structurellement vulnérable aux chocs extérieurs, notamment sur les matières premières, et malgré un potentiel agricole important, la contribution du secteur agricole au PIB est relativement modeste (23% en moyenne) alors que ce secteur emploie près de 52% de la population active ; le secteur secondaire qui représente 35% du PIB est principalement dominé par les activités minières. Quant au secteur tertiaire qui représente 46% du PIB, il est porté par le commerce, le transport, les télécommunications, l'immobilier et les services aux entreprises.

Si l'économie du pays a été fragilisé par la crise sanitaire liée à l'épidémie d'Ebola, il a également connu un rattrapage après la crise avec une croissance de plus de 10% en 2016-2017. Depuis, le rythme de croissance de l'économie guinéenne aurait ralenti depuis 2018, tout en restant important (autour de 6% en moyenne). Cette croissance est portée par le secteur extractif. En 2020, malgré l'impact de la pandémie de la covid-19 et les tensions politiques liées aux élections présidentielles, l'économie a maintenu un niveau de croissance important estimé à +7,1%, du fait de l'entrée en production de deux nouvelles sociétés de bauxite, une meilleure comptabilisation de la production aurifère (grâce à une plus grande centralisation à Conakry liée notamment à la fermeture des frontières) et la reprise de la demande chinoise. Toutefois, le secteur non minier, représentant plus de ¾ du PIB et absorbant plus de 90% des emplois, a fortement ralenti (+1,3%), subissant de plein fouet les effets de la pandémie. Selon les dernières prévisions, la croissance économique devrait légèrement ralentir en 2021, à +5,2%, puis rebondir à +6,1% en 2022, toujours tirée par le secteur minier (+7,7% en 2021 et +7,1% en 2022). Selon Transparency International, la Guinée est perçue comme l'un des pays les plus corrompus du monde compromettant les chances de développement et de progrès du pays.

[1] Guinée, Situation économique et financière. Direction Générale du Trésor, Ministère français de l'économie, des finances et de la relance. Mise à jour août 2021.
https://www.tresor.economie.gouv.fr/PagesInternationales/Pages/9f722546-887b-410d-a9d9-a4af7c63fca6/files/841f09ae-0006-44bd-ad37-a3e7d4c9bdfd

Le pays, qui dispose d'un important potentiel hydrologique du fait d'une bonne pluviométrie et de la présence de nombreux fleuves et cours d'eau est surnommé le « château d'eau » d'Afrique. Il est subdivisé sur le plan écologique en quatre régions naturelles : la basse Guinée, la moyenne Guinée, la haute Guinée et la Guinée forestière offrant une diversité jusque-là permettant un équilibre au niveau de la productivité des sols et des ressources vivrières ; toutefois, l'exploitation anarchique des ressources naturelles et l'avancée naturelle du désert dans les régions de Haute-Guinée marquées par une érosion des matières fertiles (appauvrissant les sols agricoles), entraine progressivement une modification de la géographie du pays.

Selon les données du 3ème recensement général de la population et de l'habitation (RGPH-3) qui a lieu en 2014, la population est inégalement répartie entre les régions administratives du pays avec une prédominance de population vivant en milieu rural (mais une tendance à l'inversion selon les projections) ; les régions administratives de Kankan (18,7%), Conakry (15,8%) et N'Zérékoré (15%) sont les plus peuplées, comptant à elles seules près de la moitié de la population guinéenne dont la croissance annuelle est estimée à 2,8%. Le pays connait une densité de population modérée, 53 personnes par km2. Et les données de population ventilées selon le sexe montrent que les femmes sont en général majoritaires dans l'ensemble du pays (environ 51,7%) ; les jeunes représentent plus de la moitié de la population 55,5% étant âgée de moins de 20 ans et plus de 6 sur 10 habitants ayant moins de 25 ans[2]. L'indice synthétique de fécondité est estimé à 4,8 enfants par femme. Ce nombre moyen varie de 3,8 en milieu urbain à 5,5 en milieu rural[3] et atteint même le nombre de 6,5 dans la région de Kankan. La moitié des jeunes filles sont mariées avant d'atteindre 18 ans et environ 26 % des ados de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie procréatrice. En outre, l'espérance de vie à la naissance dépasse à peine 60 ans. En 2018, l'UNESCO estimait le taux d'alphabétisme des adultes hommes âgés de 15 ans et plus à 54,4% contre 27,7% chez les femmes adultes.

Politiquement fragile, la Guinée a du mal à construire une stabilité durable ; en effet, elle a connu une succession de crises politico-militaire et sécuritaire qui entament sérieusement la bonne marche de la démocratie et le fonctionnement des institutions de l'Etat. Ces crises ont également des conséquences socioéconomiques importantes qui freinent le potentiel de progrès que le pays pouvait espérer.

Contexte sanitaire

Sur le plan sanitaire, la Guinée est confrontée comme les autres pays de l'Afrique de l'ouest à de fortes charges de morbidité et de mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles ; les principales causes de consultations dans les structures de santé sont le paludisme, les maladies diarrhéiques aiguës, les parasitoses intestinales, les infections respiratoires aiguës, les maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/sida, les états de malnutrition, les affections bucco-dentaires et les traumatismes divers. Quant aux causes de mortalité, elles sont multiples et dues au paludisme grave, aux infections respiratoires basses, aux anémies (chez les enfants), aux maladies cardiovasculaires, affections hépatiques, aux tumeurs et aux complications liées à l'accouchement (mortalité maternelle). A cela s'ajoutent les décès du fait du sida, du diabète et de l'hypertension artérielle.

Le pays en connu en 2014 une épidémie de la maladie à virus Ebola, portant un coup important au système de santé car parmi les personnes affectées figurait le personnel de la santé. Cette crise a également profondément entamé la confiance des populations vis-à-vis du système de santé en général et de l'hôpital en particulier, de même qu'une défiance vis-à-vis des autorités sanitaires et au-delà.

[2] Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2019-2023 de Guinée
[3] Enquête démographique de santé (EDS) 2018

Concernant la santé de la mère, le pays affiche également des indicateurs alarmants : en effet la mortalité maternelle y est encore trop élevée : en 2017, le taux de mortalité maternelle est de 576/100 000 (un des plus élevés de l'Afrique subsaharienne)[4]. La proportion de naissances assistées par du personnel de santé qualifié est passé de 44 %en 2012 à 55 % en 2018. Le recours aux services de santé prénatal semble élevé (environ 81 % (soit 8 femmes sur 10) de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête démographique de la santé (2018) ont reçu des soins prénatals dispensés par un prestataire qualifié. Mais seulement un tiers des femmes a effectué au moins 4 visites prénatales et dans 29 % des cas, la première visite prénatale a eu lieu à moins de 4 mois de grossesse. Le suivi post natal quant à lui reste encore faible selon l'EDS 2018 : le pourcentage de femmes ayant eu un examen postnatal dans les deux jours après la naissance est estimé à 49 % en 2018.

Par ailleurs on observe une faible utilisation des services de santé de la reproduction en général et de la planification familiale (PF) en particulier, augmentant la morbidité et la mortalité des femmes, de même que celles des enfants de moins d'un an : en 2020, la prévalence contraceptive moderne était de 13% et le taux de besoins non satisfaits de contraception moderne estimé à 23,1%[5].

La santé des enfants constitue également un défi pour le système de santé guinéen : en 2018, seulement 24% des enfants de 12-23 mois avaient reçu tous les vaccins de base et 19 % les avaient reçus à l'âge approprié. La couverture vaccinale serait un peu plus élevée chez les garçons que chez les filles (25 % contre 22 %) même si aucune raison ne semble justifier cet écart. L'Enquête Démographique et de Santé 2018 révèle par ailleurs que 9% d'enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition aiguë, 30% d'enfants souffrent de malnutrition chronique, et 16 % présentent une insuffisance pondérale. La prévalence du retard de croissance est de 21 % à Conakry, 31% à Kankan et 34% à Nzérékoré. Le risque de mortalité néonatale est de 32 ‰, 67 ‰ pour la mortalité infantile et celui de mortalité juvénile est estimé à 48 ‰.

Concernant les ressources humaines en santé (RHS), des problèmes majeurs entravent leur développement parmi lesquels une gouvernance inefficace, le peu de disponibilité à certains points de prestation notamment en milieu semi rural et rural, une formation qui ne répond pas aux besoins du système de santé, un manque de performance mettant à mal la qualité des prestations. Selon le PNDS 2015-2024, au niveau des effectifs, et selon des données d'un recensement biométrique des RHS des secteurs public et privé effectué en 2014, les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) représentaient 13% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 1,4 infirmier pour 10.000 habitants, les sage-femmes d'Etat 4% de l'ensemble des personnels de santé, soit une densité de 0,5 sage-femmes pour 10.000 habitants et les médecins généralistes représentaient 12 % de l'ensemble des personnels de santé, soit une densité de 1,3 médecin généraliste pour 10.000 habitants.

2.2. CONTEXTE GENRE EN GUINEE

La Guinée connait des inégalités importantes entre les hommes et les femmes. Ces inégalités trouvent leur fondement dans un contexte traditionnel, social et culturel marqué par des normes et pratiques défavorables aux femmes. Ces inégalités agissent dès le plus jeune âge, et se traduisent par une éducation familiale et sociale consistant à rendre la jeune fille/femme capable de tenir son futur rôle de reproduction et de soins à la famille ; au niveau formel, un taux de scolarisation plus faible que celui des garçons que ce soit dans l'enseignement primaire (taux net de scolarisation de 82% pour les garçons contre 76% chez les filles en 2020), secondaire (taux net estimé à 25,6% chez les filles contre 38,7% chez

[4] Evolution de la mortalité maternelle 2000-2017. Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies. Résumé d'orientation, 2019
[5] Guinée 2020. Indicateurs principaux 1-9 de FP 2020. Fiche d'information. Family Planning 2020. Track 2020

les garçons en 2014) que universitaire (taux brut estimé à 4% chez les jeunes filles contre 10% chez les jeunes hommes en 2019)[6].

De façon générale, dans la population adulte, les femmes sont moins alphabétisées que les hommes. Ces inégalités se retrouvent dans quasiment tous les secteurs de développement. Les femmes représentent 49 % de la population active de la Guinée, mais restent moins productives économiquement et gagnent moins que les hommes. Elles restent peu présentes dans la sphère politique et dans l'administration publique.

Le mariage précoce est également très répandu chez les filles en Guinée (environ 51 % des femmes âgées de 20 à 24 ans se sont mariées pour la première fois avant 18 ans et 19 % avant 15 ans), ce qui les empêche de suivre une scolarité normale et se traduit par l'un des taux les plus élevés de grossesses précoces au monde.

Les inégalités s'observent aussi au niveau sanitaire notamment pour ce qui concernent les infections sexuellement transmissibles et plus précisément l'infection par le VIH qui touche les jeunes filles et femmes guinéennes plus que les jeunes garçons et hommes. Les chiffres de l'ONUSIDA 2020 indiquent en effet une prévalence deux fois plus importante chez les femmes (prévalence estimée à 1,8% contre 0,9 chez les hommes avec une différence également marquée parmi les jeunes (0,8% chez les jeunes filles contre 0,3 parmi les jeunes hommes). Les femmes guinéennes ont également payé un lourd tribut à l'épidémie du virus Ebola. Et alors qu'elles sont plus exposées aux risques d'infection, seuls 2% des femmes avaient accès à une assurance maladie en 2018 contre 3% chez les hommes (EDS, 2018).

Notons également que les inégalités sont plus marquées en milieu rural où les femmes peinent à accéder aux services de santé adéquats, en particulier de soins obstétriques et de planification familiale. La Guinée a effectivement l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés d'Afrique subsaharienne. L'utilisation de la contraception reste parmi les plus faibles de la région et le taux de violences basées sur le genre (VBG) est important : par exemple, malgré sa condamnation par une loi, la pratique des mutilations génitales féminines (MGF) persiste faisant de la Guinée un des pays de la région avec un taux des plus importants : 97% des femmes de 19 à 49 ans ont subi des MGF (il s'agit du 2nd taux le plus important au monde après la Somalie). Une étude menée par le ministère de la promotion de la femme en 2017 a révélé que 80% des femmes âgées de 15-64 ans ont été victimes d'une forme quelconque de VBG.

Le gouvernement a pris des mesures pour promouvoir l'égalité entre les genres, notamment :
- Politique Nationale du Genre élaborée (PNG) en 2011,
- Politique Nationale pour la Scolarisation de la Jeune Fille,
- Stratégie Nationale de lutte contre les violences basées sur le Genre,
- Fonds National d'Appui aux Activités Economiques des Femmes (FONAEF)
- Fonds National de Promotion du Genre (FNPG).

Cependant, d'après la PNG, l'insuffisance des ressources allouées au Ministère en charge de la Promotion Féminine, la faiblesse des mécanismes d'information et de communication et le mauvais fonctionnement des mécanismes de concertation et de consultation entre le Ministère et les autres acteurs, limitent le dispositif et d'importants défis persistent[7].

[6] UNESCO, 2021 http://uis.unesco.org/fr/country/gn
[7] Guinée, les avantages économiques d'une société soucieuse de l'égalité des genres – La Banque mondiale, Juin 2019

II. RAPPEL DU CADRE ET DES OBJECTIFS DE L'ETUDE

Cette mission est commanditée par Expertise France, qui est présente en Guinée depuis 2015 dans le secteur de la santé. L'Agence a mis en œuvre un portefeuille de projets post-Ebola sur fonds français et européens, en faveur de la sécurité sanitaire internationale. Elle met actuellement en œuvre plusieurs projets visant à lutter contre la résistance aux antimicrobiens, à réorganiser les urgences hospitalières et à renforcer le système de santé. Parmi ces interventions, le projet Prévention et Contrôle des Infections (PCI) dans le cadre duquel se réalise cette mission, s'attache à renforcer la gouvernance de la PCI au niveau central, à appuyer les services de santé déconcentrés dans 3 grandes régions et à améliorer l'appropriation communautaire des pratiques et questions d'hygiène. Ce projet est financé par l'AFD (budget 7 million d'euros), et mis en œuvre en partenariat avec le Ministère de la Santé de Guinée entre 2021 et 2023.

Les inégalités de genre, conjuguées au rôle social prépondérant joué par les femmes, notamment au sein de la cellule familiale, leur grande vulnérabilité face à certaines infections, leur faible accès et contrôle des ressources, ainsi que leur faible accès à l'éducation et à la formation justifient la mise en place d'une stratégie genre dans le cadre du projet PCI. Cette stratégie genre sera déclinée de façon transversale et intégrée dans la mise en œuvre des activités relatives aux trois composantes du projet. Elle sera également prise en compte dans le cadre du dispositif de suivi-évaluation notamment à travers la mise en place d'indicateurs sexo-spécifiques.

L'approche se veut efficace et basée sur les droits. Il s'agit d'une part d'œuvrer à la réduction des inégalités à tous les niveaux : impliquer, informer et former plus de femmes (agentes de santé, bénéficiaires, …), leur donner plus de places dans les interventions, veiller à l'équité entre les sexes, … D'autre part, grâce à une connaissance fine du contexte, le genre sera appréhendé comme un levier d'action susceptible d'amplifier l'efficacité des interventions (ex. : donner aux femmes plus de moyens et de légitimité leur permettra d'être mieux protégées et plus efficaces pour remplir leur « rôle social », et leurs missions).

Dans la perspective de déployer la stratégie genre présentée ci-dessus, l'étude genre réalisée a permis d'établir une situation de référence au regard des enjeux d'ores et déjà identifiés. Outre la connaissance du contexte juridique et institutionnel, il a s'agit d'identifier les capacités des maîtrises d'ouvrages, les ressources disponibles et les freins potentiels, au niveau central et dans les régions, ainsi que les enjeux sociétaux au sein des communautés. Ce diagnostic doit permettre de fonder les principes et d'élaborer un plan d'action pour une intégration transversale du genre dans le projet, dans une perspective de transformation sociale durable, à travers la contribution au résultat attendu : « *Les femmes agent.es de santé et usagères de la PCI sont mieux protégées des infections, elles ont été formées et ont vu leurs rôles mieux reconnus et allégés, elles ont élevé qualitativement leur participation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire* ».

Pour ce faire, l'étude est réalisée en 2 parties :

- Partie 1 – Réalisation d'une étude sur le genre et d'égalité femmes-hommes
- Partie 2 – Définition d'un Plan d'action genre et égalité femmes-hommes pour le projet.

III. RAPPEL METHODOLOGIQUE

Plusieurs étapes ont guidé la démarche de l'équipe réalisant l'étude, utilisant des méthodes et techniques de collecte et d'analyse de données qui visaient à définir les objectifs genre associés au projet « Prévention du Contrôle des Infections », dans le but de répondre aux exigences et aux objectifs exprimés dans les Termes de Référence.

- **Une revue documentaire** a permis d'identifier les enjeux de genre et d'égalité femmes-hommes dans le pays, les régions et le secteur de la PCI, afin de comprendre l'environnement politique dans lequel le projet est conçu et mis en œuvre. L'équipe a passé en revue les lois, les documents politiques et stratégiques encadrant la promotion du genre/l'égalité homme femme et la PCI. (Voir détails dans la note de cadrage)

- **L'approche qualitative** a suivi un processus exhaustif de consultations avec les parties prenantes et acteurs concernés par le projet '' PCI'', en vue de cerner le contexte genre et PCI, et d'aborder les objectifs genre à atteindre par le plan d'action. Elle a aussi été utilisée dans le cadre de l'enquête socio-économique des trois zones afin de faire ressortir les enjeux, ressources, lacunes, besoins par rapport au genre, et au regard du projet PCI (secteur santé). Des guides d'entretien ont été élaborés pour toutes les cibles et les listes des personnes rencontrées sont disponibles en annexe.

- **Approche quantitative** : elle a été utilisée pour collecter des mesures de base, notamment en ce qui concerne les données sexospécifiques dans le cadre de la PCI, ainsi que des données en lien avec les questions de formation professionnelle et d'emploi. Néanmoins, l'équipe a rencontré des limites concernant ce type de données qui sont listées plus bas. (~~section~~Section limites de l'étude).

- **Observation directe** : elle nous a permis d'analyser si les structures sanitaires offrent des conditions favorables équitablement aux hommes et aux femmes. Les éléments analysés sont :

  - ✓ Conditions d'hygiène
  - ✓ Capacités d'accueil
  - ✓ Traitement différencié ou pas des patients et patientes
  - ✓ Répartition des tâches et du travail entre le personnel
  - ✓ La composition du personnel selon les fonctions occupées
  - ✓ Disponibilité et inclusivité du matériel informatique et des locaux (prise en compte des spécificités des handicaps)
  - ✓ Organisation des salles d'hébergement (mixité des salles ou pas)
  - ✓ Séparation des toilettes.

L'utilisation de méthodes qualitative et (accessoirement) quantitative, ainsi que les autres différentes sources d'informations ont permis de diminuer les biais et d'améliorer la précision des résultats.

3.1. COLLECTE DES DONNEES PRIMAIRES

3.1.1. Approche qualitative

L'approche qualitative avait pour objectif de collecter des informations qualitatives permettant d'analyser le cadre politique, légal et institutionnel de l'égalité homme femme en lien avec la PCI, les capacités des maîtrises d'ouvrage, les profils socio-économiques des communautés des zones ciblées par le projet, et les enjeux de genre en matière de formation et sensibilisation, notamment sur la PCI.

Elle a été organisée de manière à pouvoir recueillir des informations de la population locale, des autorités sanitaires, des partenaires techniques et du personnel des structures qui sont impliquées dans la mise en œuvre du Projet à travers les méthodes de collecte traditionnelles :

- Revue documentaire
- Entretiens individuels semi structurés avec des personnes-ressources, issues des institutions nationales et locales pertinentes, des organisations de la société civile (OSC), de la recherche et d'organisations internationales œuvrant dans la PCI et sur les problématiques de genre ;
- Enquête de terrain auprès des populations et communautés cibles, comprenant des entretiens collectifs et individuels ;
- Focus-groups avec des représentants des organisations de la société civile de la localité et des groupes de femmes et des jeunes, dont un groupe qui était composé des usagers et usagères des structures de santé.

La recherche des informations et données qualitatives s'est faite à travers l'organisation des groupes de discussion (focus groups) avec les prestataires au niveau des hôpitaux et les groupes cibles des communautés, la tenue d'entretiens individuels avec les personnes ressources, l'observation directe des structures de santé (capacité d'accueil, facilité d'accès pour les hommes et les femmes, respect des droits des usager.e.s, mixité) et la recherche documentaire afin de pouvoir trianguler les informations.

a) Entretiens avec les acteurs clés

Pour pouvoir cartographier et évaluer les ressources humaines disponibles de manière sensible au genre, des entretiens individuels ont été conduits avec les acteurs clés en matière de PCI et de la promotion du genre. Il s'agit notamment (non exhaustif) :

- Des responsables au niveau du MSPH (DNHSP, Directeur de la formation, Directeurs des RH etc…),
- Des responsables sanitaires au niveau périphérique (Directeurs des hôpitaux),
- Des responsables des structures de formation sanitaire,
- Des responsables des structures décentralisées du MPFEPV : Ministère de la Promotion féminine, de l'enfance et des personnes vulnérables (les directeurs.rices régionaux.ales),
- Des organisations de la société civile et ONG (Organisation Non Gouvernementale) intervenant dans l'accès aux soins au niveau des régions,
- Des comités de santé et groupements des agents de santé communautaire,
- Des responsables des organisations et structures partenaires et autres projets opérant dans la même zone dans le cadre de l'accès aux services de santé de base.

b) Discussions de groupes

Les discussions de groupes se sont focalisées sur les questions de genre dans les zones d'intervention, notamment les attentes, les contraintes (barrières à leur participation, etc.) et les vulnérabilités spécifiques des femmes, (notamment en tant qu'usagères du système de soins), auxquelles le projet serait susceptible de répondre dans le cadre de son périmètre d'intervention, et compte tenu des inégalités de genre actuelles.

La synthèse des informations recueillies à travers ces différents entretiens a permis de mettre en évidence les enjeux de genre pertinents dans le cadre du projet et du périmètre sectoriel et géographique dans lequel celui-ci s'inscrit, d'identifier les besoins en formation, renforcement de capacités et accompagnement (assistance technique) des maîtrises d'ouvrage et de mettre en évidence l'appétence et l'intérêt des maîtrises d'ouvrage quant à l'ambition genre du projet.

3.1.2. Approche quantitative

La récolte de données quantitatives est restée limitée et concerne les questions socio-économiques sur la répartition des dépenses des ménages et la répartition des effectifs dans les formations de santé et au sein de la fonction publique.

Concernant, les données sur la formation professionnelle, elles sont générales parce que la PCI ne bénéficie pas de données spécifiques et de filière dédiée pour évaluer les taux de répartition des effectifs en PCI par types de formation (H/F), le nombre annuel de diplômés en PCI (H/F), ou encore le taux d'insertion professionnelle. Les données sur l'emploi étaient aussi peu disponibles pour les questions particulières qui nous intéressaient. Seules les données sur le secteur informel et formel ont pu être exploitées dans le cadre de l'étude socio-économique.

Trois types d'outils de collecte des données ont été élaborés en se basant sur les résultats attendus de la mission, les types de données recherchées et les sources d'information.

1. Une fiche de collecte de données qui précise les variables nécessaires pour analyser les données secondaires des institutions bénéficiaires
2. Des questionnaires d'entretiens pour chaque personne ressource et type de cible
3. Des guides d'entretien pour les focus groupes.

3.2. CIBLAGE GEOGRAPHIQUE

Deux localités et le chef-lieu de chacune des trois régions concernées par le projet PCI ont été visités par les 2 experts mobilisés pour la collecte des données de l'étude. Les deux localités, en plus des centres administratifs des trois régions concernées par l'étude ont été choisies parmi celles qui présentent des caractéristiques intéressantes pour l'étude, du fait de leur situation socio-économique, ou de leurs spécificités, qui sont assez représentatives de la région à laquelle elles appartiennent. Dans cette optique, l'équipe a visité dans la région de Kankan, la ville de Kankan, chef-lieu de la région et les communes urbaines de Kouroussa et Siguiri, dans la région de N'Zérékoré, en plus du chef-lieu de région, la préfecture de Guéckédou et la commune rurale de Beyla et dans la zone spéciale de Conakry, les communes de Kaloum et Ratoma.

Le rationnel qui a justifié le choix des localités avait été précisé dans la note de cadrage.

IV. LIMITES DE L'ETUDE

L'approche quantitative prévue pour avoir des mesures de base a connue des limites parce que le contexte est un contexte où l'obtention des données est un défi à plusieurs niveaux. Il existe d'abord une rareté des données. Pour les données existantes, elles sont indisponibles pour des raisons de rétention ou par manque de publication électronique. A cela s'ajoute, le manque d'outils de gestion des données et de qualification requise par les services statistiques. Cette situation est d'autant plus marquée pour ce qui concerne la désagrégation des données sexospécifiques, notamment dans le cadre de la PCI. Pour les quelques données que nous avons pu recueillir, il a souvent fallu se référer aux dires des agents rencontrés et aux registres d'enregistrement manuscrits des patients disponibles à l'entrée des structures de santé.

V. RESULTATS DE L'ETUDE

5.1. CADRE LEGAL, POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL GENRE ET ENJEUX DANS LE CADRE DU PROJET PCI

Malgré la ratification par la Guinée de la plupart des instruments juridiques et politiques existants au niveau international et aussi sous-régional concernant la problématique du genre et de l'égalité homme femme parmi lesquels la Convention sur l'élimination de toutes les discriminations à l'égard des femmes (CEDEF/CEDAW)[8], le pays connait une persistance des pesanteurs socioculturelles qui maintiennent encore les femmes et les filles à une place inférieure en les cantonnant à un rôle de procréation, de soins et d'entretien du ménage/famille.
Force est de constater que la mise en application des différents conventions et traités reste assez limitée. Au-delà d'un niveau de connaissance et d'appropriation faible de ces instruments juridiques, de façon générale, le concept de genre reste encore flou et souvent ramené à une simple question de « féminisation ». Les contours conceptuels et techniques étant peu maitrisés par les points focaux/responsables sectoriels, cela limite leurs capacités à concevoir des outils appropriés de planification, de suivi et d'évaluation de la prise en compte du genre dans les politiques de développement des politiques et programmes.
Il faut pointer également le manque de moyens financiers alloués par l'Etat pour financer les activités liées à la promotion du genre et de l'égalité homme femme. Les acteurs étatiques et les ONG nationales qui ont la charge de la promotion du genre tirent l'essentiel de leurs ressources auprès des partenaires techniques et financiers étrangers qui finissent (d'ailleurs) par être plus influents dans la gestion du débat.

Par ailleurs, le mécanisme de suivi et évaluation de l'application de ces instruments est presqu'inexistant. Nous observons la mise en place de services genre et équité dans tous les départements ministériels en remplacement des points focaux dont le statut et les fonctions ne permettaient pas depuis leur mise en place, il y a plusieurs années, de faire évoluer réellement la question de l'égalité et d'assurer un réel suivi des engagements (faute de formation, de réel pouvoir de décision et de non-implication dans l'élaboration des politiques et programmes).

La mise en place de ces sections genre et équité suscite un certain engouement si l'on considère qu'elle a récemment permis le développement de stratégies et plans d'actions opérationnels par les cheffes de ces sections. Aussi, un groupe de travail (Task Force Genre) a été mis en place par les partenaires

[8] C'est l'instrument juridique international privilégié de protection des droits des femmes, engageant les États signataires ou adhérents à éliminer toute forme de discrimination envers les femmes et à favoriser leur plein développement dans l'ensemble des domaines politiques, économiques, sociaux, culturels et civils.

internationaux[9], ce qui dénote d'un intérêt accru sur le suivi de la question d'égalité que ces institutions tentent de plus en plus de prendre en compte.

Au niveau national, la Guinée a le mérite de bénéficier d'une politique Genre depuis 2011, qui a été révisée en 2017. Toutefois, les cadres du Ministère en charge de sa mise en œuvre déplorent le manque de vulgarisation et de moyens déployés pour l'opérationnaliser. De manière générale, le ministère de tutelle de la question de l'égalité homme femme n'a pas les moyens de sa politique. Il bénéficie d'une part limitée du budget national et ces ressources humaines ne sont pas renforcées. Il faut noter que les nouvelles autorités ont posé des actes en faveur de l'inclusivité et de la représentativité, notamment des femmes, en imposant par exemple un quota d'au moins 30% de femmes dans la composition des institutions.

Pour ce qui concerne la PCI, il y a un relatif vide juridique au niveau international. Il existe néanmoins quelques résolutions, initiatives et plans mondiaux autour de la question de l'accès à l'eau et assainissement dans les établissements de santé, de la résistance aux antimicrobiens, ainsi que des directives/guides de l'OMS destinés aux états pour assurer la PCI dans les établissements de santé.

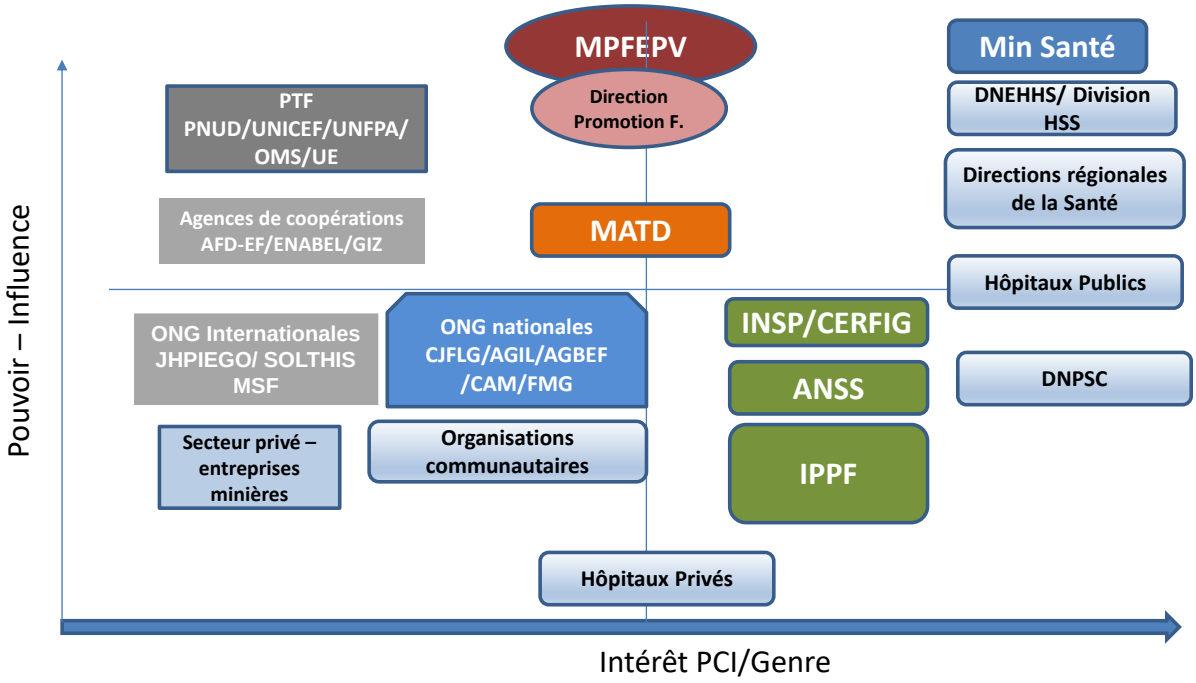
Les objectifs mondiaux en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé sont directement liés à l'objectif 3 (bonne santé et bien-être) et à l'objectif 6 (eau potable et assainissement) ; cependant en dehors de l'objectif 3 qui fait référence au genre, l'objectif 6 lui, reste aveugle. Les lignes directrices de l'OMS sur les principales composantes des programmes de PCI au niveau national et au niveau des établissements de soins de courte durée sont globalement aveugles au genre (seule la question des toilettes séparées sont évoquées pour permettre aux femmes/filles une gestion de l'hygiène menstruelle).

Au niveau national, bien qu'il existe une politique nationale de PCI, cette dernière ne tient pas compte du genre dans son approche. Elle souffre également d'un manque de vulgarisation et de respect de sa mise en œuvre. Ainsi, le peu d'instruments juridiques internationaux et nationaux autour de la PCI ne permet pas d'interpeler l'Etat et les administrations de santé sur les manquements graves en matière de PCI : problématiques de formation et de sensibilisation de toutes les catégories de personnel, disponibilité d'équipements de protection, gestion des déchets, approvisionnement en eau, l'hygiène des sanitaires, entre autres…

[9] L'Union européenne et Enabel en ont fait mention.

5.2. CARTOGRAPHIE DES PARTIES PRENANTES

5.2.1. Les acteurs



5.2.2. Analyse des intérêts PCI/Genre et influence ou pouvoir des parties prenantes

Les parties prenantes ont été cartographiées à la lumière de leur pouvoir et influence et de l'intérêt qu'elles accordent à la PCI en lien avec le genre.

<u>Forte influence – intérêt limité lien PCI/Genre</u>

Les partenaires technique et financier mènent l'agenda sur les questions de genre et santé en ce sens qu'ils sont responsables de la diffusion et de la mise en œuvre des normes et cadres de référence (conventions internationales, résolutions, etc.) établis au niveau international. Ils influencent donc la mise en place des cadres juridique, politique et institutionnel à travers leur assistance technique et financière.

Malheureusement, on se rend compte qu'en dépit des tendances fortes visant l'intégration et la prise du compte du genre dans les politiques et programmes à tous les niveaux, en Guinée les PTF rencontrés peinent à mettre en place des mécanismes de suivi efficaces des engagements internationaux. Par ailleurs, ils ont occulté le lien entre la PCI et le genre. Le lien plus large entre le genre et la santé est néanmoins établi mais essentiellement au regard des violences basées sur le genre et des questions de santé sexuelle et reproductive. Une Task force Genre semblerait être mise en place pour améliorer la coordination de l'intégration du genre dans les politiques et programmes. Elle pourrait constituer un bon relais de transmission des besoins d'intégration du genre dans la PCI.

Parties concernées : PNUD/UNICEF/UNFPA/OMS/UE

A ces dernières, s'ajoutent les agences de coopération, très présentes sur le terrain (au sein des maitrises

d'ouvrage notamment) influencent aussi l'agenda à travers leurs appuis technique et financier. Elles ont un certain pouvoir sur les pratiques parce qu'elles sont proches des praticien(ne)s de la santé dans le transfert des compétences. Elles ne se sont pas encore intéressées de près au lien entre la PCI et le genre. Si elles devaient le faire, une coordination de leurs efforts devrait être envisagée afin de mutualiser les méthodes et les approches auprès des maitrises d'ouvrage et éviter les redondances ou d'éventuelles contradictions.

Parties concernées : USAID/AFD-EF/ ENABEL/ GIZ

Pouvoir – intérêt limité lien PCI/Genre

Les ONG de manière générale ont un certain pouvoir étant donné leur proximité avec les populations à travers leur présence et leurs actions de terrain. Elles sont des vecteurs de changement intéressants et parfois incontournables. Les ONG internationales œuvrant dans la santé et qui ont été en première ligne de la réponse aux nombreuses épidémies ont un intérêt marqué pour la PCI et y ont beaucoup œuvré. Leur influence est moindre par rapport aux PTF seulement au vu de leur différence de capacité financière. Elles n'ont malheureusement pas démontré un intérêt marqué pour le lien entre la PCI et le genre. Il serait intéressant de créer le lien entre ces ONG et les ONG féminines faisant la promotion du genre pour un partage des connaissances et capacités. A cela pourrait s'ajouter la participation du secteur privé qui œuvre de manière régulière au sein des communautés pour des questions de RSE. Les entreprises du secteur minier sont d'autant plus intéressantes qu'elles font beaucoup de HSE (Hygiène, sécurité, environnement), utilisent souvent des EPI (équipement de protection individuelle) et en ont souvent fait des dons. Elles devront être sensibilisées aux questions de genre en lien avec la PCI mais pourrait déjà être sensibles parce que conscientes des questions de genre.

Parties concernées : ONG internationales JPHIEGO/ SOLTHIS/MSF, ONG nationales CJFLG/AGIL/AGBEF/CAM/FMG, Organisations communautaires et secteur privé

Intérêt PCI/Genre moyen, peu de pouvoir

Les hôpitaux privés sont concernés et intéressés par la PCI du fait de leur activité et parce qu'elle doit se pratiquer en leur sein pour assurer la sécurité des malades et de leur personnel. Ils sont de plus en plus nombreux mais ont encore peu de pouvoir sur l'environnement national et les normes. Ces structures doivent néanmoins occuper une place importante dans les dispositifs/programmes de PCI tant ils constituent des sources ou des terrains de développement et de diffusion d'infections à plus ou moins large échelle.

Parties concernées : Hôpitaux privés

Fort intérêt PCI/ Genre peu de pouvoir

Les activités des instituts, agences et centres directement impliqués dans la prévention et la réponse aux épidémies et infections ont un intérêt très marqué pour la PCI qu'ils intègrent et vivent au quotidien mais n'ont pas établi de lien avec le genre. Ils sont incontournables si l'on doit traiter de la PCI mais ont moins de pouvoir que les institutions internationales et les ministères qui les coiffent parce qu'ils ont moins de moyens technique et financier et un pouvoir de décision plus limité.

Parties concernées : IPPF/ANSS/ INSP/CERFIG

Fort intérêt – beaucoup d'influence

Toutes les structures publiques de la santé sont naturellement intéressées par la PCI mais le lien avec le genre n'est pas évident pour ces structures. Elles sont consultées et associées pour la mise en place des normes et cadres politique, institutionnel et juridique et ont donc une influence sur ces derniers. Le manque de moyen néanmoins ne leur permet pas toujours de contrôler l'agenda qui revient aux bailleurs et partenaires technique et financier qui appuient l'élaboration et la mise en œuvre des politiques. Nous recommandons que le lien entre la PCI et le genre soit établi à travers une coopération avec leur contrepartie du MPFEPV et de ces directions. Il serait utile d'intégrer ces derniers dans les instances de décision et direction du projet PCI afin qu'ils partagent effectivement leur expertise et leur expérience de l'intégration du genre dans les programmes et soient associés dans la mesure du possible à la mise en œuvre du projet.

Parties concernées : Hôpitaux publics/-DNPSC/Directions régionales de la santé/-DNEHHS/ Division HSS/ Ministère de la santé

Intérêt moyen – forte influence

Les agences étatiques porteuses de l'agenda du genre sont intéressées par les questions de genre et santé mais plus dans les domaines de la santé de la reproduction et des violences. L'intérêt pour la PCI n'est pas présent. Elles ont néanmoins une grande influence sur les orientations et la mise en œuvre des cadres juridique, politique et institutionnel en lien avec le genre. Le Ministère de l'administration du territoire et de la décentralisation est aussi un acteur influent dans son rôle de gestionnaire des structures étatiques déconcentrées. Il serait opportun de créer des synergies d'action entre ces ministères et le Ministère de la santé afin de bénéficier d'une intégration du genre à la PCI adaptée au contexte national.

Parties concernées : MATD/ Direction Promotion féminine/ MPFEPV

5.2.3. Sigles de la cartographie

AGIL : Association guinéenne pour la promotion de la gouvernance et des initiatives locales
AGBEF : Association guinéenne pour le bien-être familial
ANSS : Agence nationale de sécurité sanitaire
CAM : ONG Club des amis de Guinée
CERFIG : Centre de recherche et de formation en infectiologie de Guinée
CJFLG : Club des jeunes filles leaders de Guinée
DNEHHS : Direction nationale des établissements hospitaliers et de l'hygiène sanitaire
Division HSS : Division hygiène et sécurité des soins
DNPSC : Direction nationale de la prévention et de la santé communautaire
FMG : Fraternité Médicale Guinée
IPPF : International Planned Parenthood Federation
INSP : Institut national de santé publique
JHPIEGO : Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology
MATD : Ministère de l'administration du territoire et de la décentralisation
MPFEPV : Ministère de la promotion féminine, de l'enfance et des personnes vulnérables
MSF : Médecin sans frontières

5.3. ANALYSE DES CAPACITES DES MAITRISES D'OUVRAGE

6.3.1. Perception et pratiques en lien avec le genre et la PCI

Le « genre et l'égalité homme femme » reste une question non essentielle au sein des maitrises d'ouvrages rencontrées. Aucune d'entre elle ne dispose d'une stratégie genre et leurs ressources humaines sont très peu outillées sur la question dont elles attribuent la responsabilité essentiellement au ministère des personnes vulnérables, de la promotion féminine et de l'enfance. Les membres de leur personnel n'ont généralement pas reçu de formation sur la question du genre et sont très peu sensibilisés sur ses implications. Ils se sentent même peu concernées par ces enjeux de par la féminisation des professions de secteur sanitaire. Les femmes constituant une large majorité des effectifs, les maitrises d'ouvrages ont l'impression que la question ne se pose pas et qu'elle mérite peu d'attention. Dans le milieu de la formation par exemple, les maitrises d'ouvrages sont les écoles de sage-femmes et les écoles de santé communautaires. A Conakry, 100% des effectifs étaient féminins et il semblerait que les stéréotypes aient même fermés la profession aux hommes. On reconnait néanmoins que dans les écoles de santé communautaires qui forment les agents techniques de la santé (ATS), des efforts aient été consentis pour attirer les hommes et en effet, l'école de santé communautaire de N'Zérékoré regroupe près de 20% de garçons et hommes.

Aussi, un déséquilibre réel existe au niveau de l'occupation des postes. Les femmes occupent majoritairement les métiers de soignants et d'entretien et les hommes les métiers de médecins et professeurs. Les hommes accèdent ainsi plus, et plus facilement aux postes de décision. La PCI concerne particulièrement les métiers occupés par les femmes qui sont disproportionnellement exposées aux risques. Les formations existantes ne prennent pas en compte la dimension du genre et le personnel le plus exposé et donc concerné n'est pas conscient des enjeux de genre au regard de la PCI. En plus de ne pas être conscientes des enjeux de genre, les soignantes sont écartées des cercles de décision qui concernent la PCI. En effet, les comités d'hygiène où les questions de PCI sont traitées sont en majorité composés des chef(es) de service et donc peu de femmes y participent.

Les personnels des formations de soins ont en outre intégré le partage des rôles des personnels et usagers et usagères qui traduisent les habitudes et pesanteurs sociales défavorables à l'égalité homme femme au point de ne pas le remettre en question. Les services ou les cadres les plus informés sur la question du genre évoquent aussi des pesanteurs lourdes et pensent que des changements structurels qui prennent du temps au niveau de l'éducation des filles sont nécessaires avant de pouvoir envisager une réelle transformation au sein du secteur. L'intégration du genre est donc un chantier ouvert et un défi à relever au sein des maitrises d'ouvrage. Mais malgré la situation d'ignorance actuelle, elles présentent de meilleurs vecteur et terrain de changement par la sensibilisation et la formation que les communautés où il est plus difficile de faire reculer les pesanteurs.

La PCI impliquant la gestion des intrants qui sont des ressources non négligeables pour la PCI, les maitrises d'ouvrage ont aussi tendance a confié la PCI à des hommes qui ne sont parfois même pas des agents de santé mais plutôt des administrateurs, fonction encore une fois dominée par les hommes en leur sein.

6.3.2. Ressources et capacités disponibles pour l'intégration du genre en lien avec la PCI

Les ressources humaines disponibles pour l'intégration du genre en lien avec la PCI sont limitées au sein du secteur de la santé. Comme expliqué, le genre n'est pas connu, seules quelques notions mal maitrisées circulent, et ce, grâce aux femmes qui travaillent dans le secteur et sont actives dans la société civile où la notion se démocratise. L'intégration du genre devra passer par l'utilisation de ressources disponibles au sein du MPFEPV et de ses ressources humaines au niveau déconcentré, ainsi que par la société civile qui est actuellement très sensibilisée sur la question du genre, sans oublier les partenaires au développement qui en ont fait une priorité et l'intègrent de plus en plus dans leurs programmes. Il sera important d'envisager son intégration au niveau de la formation afin de s'assurer au fil du temps que les membres du corps médical puissent réellement s'approprier de la question.

Nous l'avons aussi noté plus haut, la mise en place depuis mars 2021 des cheffes de section genre dans tous les départements, suite à la recommandation des ODD, peut permettre une meilleure intégration du genre à travers la collaboration de ces différentes cheffes section genre, notamment celles des Ministères de la santé et de la formation avec le MPFEPV.

6.3.3. Lacunes

Les lacunes sont nombreuses. La première et la plus importante demeure les pesanteurs socio-culturelles qui sont un sérieux frein aux transformations structurelles nécessaires pour une réelle intégration du genre. A cela s'ajoute les lacunes suivantes :

- Aucune reconnaissance de l'aspect genre ou lecture à la lumière du genre, quand il y a une prise en compte du genre et de l'égalité homme/femme, on exprime les limites des solutions qui vont prendre du temps
- Le bas niveau de formation des soignant.e.s (relevé à Kankan) a été dénoncé et serait attribuable en partie à une prolifération des écoles privées qui donnent des diplômes sur des considérations monétaires. Ces écoles privées forment la relève avec des notions mais sans aller en profondeur
- Les formations sont courtes (2-3 jours) et ne permettent pas d'intégrer en profondeur la question de la PCI, aussi il n'y a pas de suivi formatif
- Il n'y a pas assez d'agents de nettoyage formés (le nettoyage est souvent confié à des jeunes filles/femmes stagiaires ou à de vieilles matrones qu'on n'arrive pas à mettre à la retraite)
- Les populations ne sont pas formées et assez sensibilisées au genre et à la PCI et il existe des réticences dans les communautés

6.3.4. Besoins au regard des enjeux du projet PCI

Les besoins sont nombreux et nous listons ici les besoins les plus pressants au vu de la situation actuelle et pour des avancées dans le court et moyen terme.

- Respecter le ratio de représentativité homme femme au sein de l'hôpital dans les formations à la PCI ;
- Développer des formations en PCI qui adressent les questions de genre ;
- Insérer le genre et la PCI dans la formation initiale des soignant.e.s (déjà fait mais vérifier si c'est dans toutes les formations en santé), les curriculum scolaires et universitaires pour une sensibilisation dès le plus jeune âge ;
- Améliorer l'accès à l'eau dans les structures de soins et les écoles ;

- Rétablir les ratios des latrines sur la base des taux de fréquentation des hôpitaux et assurer une signalisation ciblée pour les usagers et usagères (utilisation, serviettes hygiéniques, etc…) et proposer des latrines séparées pour le personnel de soin, les patient.e.s et les gardes malades ;
- Assurer une meilleure représentativité des femmes dans les formations de formateurs afin de donner plus de responsabilité aux femmes ;
- Améliorer l'appropriation de la PCI ;
- Sensibiliser les populations en utilisant les autorités, les médias et la communauté sanitaire ;
- Impliquer les forces de défense et de sécurité ;
- Recueillir des données sexospécifiques ;
- S'assurer de prévoir le personnel d'entretien, en majorité féminin et jeune ou vieux, dans les formations en PCI avec une prise en charge de leurs besoins et la création d'espaces d'échanges pour les aider à faire ressortir les besoins ;
- S'assurer de la présence des femmes dans les comités d'hygiène qui sont majoritairement composés de chef(fe)s de service et donc d'hommes qui sont aveugles aux questions de genre et PCI.

5.4. DIAGNOSTIC SOCIO-ECONOMIQUE

6.4.1. Description des activités économiques présentes sur les zones du projet

Les trois zones d'intervention du projet présentent des caractéristiques économiques différentes.
De par son statut de capitale de la Guinée, la ville de Conakry concentre une grande partie des activités administratives du pays, mais également elle joue un rôle central dans le domaine économique notamment grâce au port de Conakry (PAC), de nombreuses unités industrielles, des banques et des compagnies de télécommunications. Par ailleurs, on pratique aussi l'agriculture dans les zones périphériques de la ville de Conakry. Il s'agit particulièrement de la culture du riz et le maraichage. Cependant, l'urbanisme galopant de la ville réduit considérablement les territoires dédiés à l'agriculture.

Dans la région de Kankan, l'économie repose sur l'exploitation de l'or et les activités agricoles telles que les cultures vivrières (sorgho, maïs, fruits), arachides, patates douces, igname, mangue et coton. L'exploitation de l'or est essentiellement artisanale mais on dénombre quelques sociétés qui s'investissent dans ce secteur dont la plus importante de toutes est la Société AngloGold Ashanti de Guinée (SAG) qui exploite un important gisement d'or dans la préfecture de Siguiri.
Dans la région de N'zérékoré, l'économie est basée sur l'agriculture et l'exploitation de minerais de fer et de bauxite par de grands groupes internationaux. En termes d'agriculture, on y pratique les cultures vivrières (riz, maïs), tubercules (manioc, patate douce, taro), culture d'exportation (café, cacao, cola, huile de palme), culture maraîchère (laitue, tomate, gombo, concombre, aubergine). Grâce à l'appui de plusieurs partenaires techniques et financiers, la pisciculture s'est développée de plus en plus ces dix dernières années.

6.4.2. Description des activités informelles / Poids du travail informel et plus particulièrement domestique pour les différents membres des ménages (femmes-hommes, filles garçons)

A l'instar de tous les autres pays de l'Afrique subsaharienne, le secteur formel guinéen est faiblement développé, conduisant du coup à un faible accès à des emplois formels. C'est pourquoi la quasi-totalité des emplois en Guinée est informelle avec pour conséquence une faible rémunération et une forte vulnérabilité des employés.
Le secteur informel occupe une place importante dans l'économie nationale en termes de création d'emplois et de richesses.

Selon les résultats de l'enquête nationale sur l'emploi et le secteur informel en Guinée (ENESIG-2018/2019), le nombre des unités de production informelles (UPI) est estimé à un peu plus de 1,8 millions dont 50,7% dirigées par les hommes contre 49,3% dirigés par les femmes.

L'ENESIG-2018/2019 montre que les plus grandes proportions des promoteurs des UPI se trouvent dans les régions de Kankan (19,9%), Faranah (17,5%) et Conakry (15,9%). Le milieu urbain des promoteurs des unités de productions informelles (UPI) occupe (45,1%) d'hommes et (54,9%) de femmes. En revanche en milieu rural, il y a (62,3%) d'hommes et (37,7%) de femmes.

La structure des UPI par branche d'activité montre que 57,1% d'hommes et (42,9%) de femmes évoluent dans le secteur de l'industrie ; 39,8% d'hommes et 60,2% de femmes dans le commerce et 86,7% d'hommes et 13,3% de femmes dans les services.

Dans la zone spéciale Conakry le nombre de femmes promoteurs d'unités de production informelles est largement plus élevé que celui des hommes (60,7% contre 39,3%). C'est aussi le cas dans la région administrative de N'Zérékoré, où le taux des femmes promoteurs d'unités de production informelles est de 55,1% contre 44,9% d'hommes. Cependant à Kankan ce sont plutôt les hommes qui dominent parmi les promoteurs des unités de production informelles avec 60,9% pour les hommes et 39,1% pour les femmes.

Dans l'ensemble des promoteurs d'UPI interrogés, environ 59% évoluent dans les secteurs du commerce (dont 56,7% dans le commerce de détail et 2,2% dans le commerce de gros). Les proportions de ceux qui évoluent dans l'agro-alimentaire et autres industries représentent respectivement 12,3% et 7,1%. Les UPI évoluant dans la construction, dans la confection et dans le transport représentent respectivement 4%, 5% et 6%. La branche de restauration reste minoritaire parmi les activités des promoteurs des UPI en Guinée (0,6%).

6.4.3. Dynamiques sociales sur les zones

Les filles et les garçons de même que les femmes et les hommes n'ont pas accès aux mêmes activités et ce, dès leur plus jeune âge. Les garçons sont très tôt orientés vers des activités considérées comme masculines tels que le sport, la lutte ou les activités en lien avec les sciences, la technologie, l'ingénierie ou les maths, souvent en lien avec l'automobile et la mécanique. Toutes ces activités construisent la confiance en soi, aiguisent l'esprit de compétition et les préparent à jouer des rôles de leadership et aspirer à des postes de décision et des emplois plus techniques. On les retrouve donc dans des formations techniques et académiques de haut niveau.

Les garçons pratiquent aussi des activités de loisirs qui leur permettent de se défaire des tâches domestiques. Les filles à contrario sont très vite confinées aux activités ménagères et domestiques. Peu de temps leur ait donné pour les loisirs ou poursuivre leur scolarité. Elles appuient leur mère ou la ou

les femmes du foyer dans les corvées de nettoyage, d'alimentation et de soins aux plus jeunes, aux plus âgés et aux malades. Leurs activités et leurs loisirs sont moindres et reproduisent souvent les rôles qu'elles occupent au sein des familles ou les emplois qu'elles occuperont plus tard, comme la coiffure et la couture. Elles ont moins accès à des formations parce qu'elles sont souvent moins outillées et moins en confiance que les hommes pour s'y positionner. A Kouroussa, une ATN nous a dit que les femmes fuyaient les formations parce qu'elles n'avaient pas le niveau pour les suivre.

L'accès à la santé est le même entre les filles et les garçons en bas âge. Les parents ne font pas trop de différence. Néanmoins, quand elles grandissent leurs besoins sont plus importants mais elles ont moins de ressources et moyens d'accès aux services de santé. 73% des femmes sont analphabètes contre 53% des hommes, les taux de scolarisation diminuent pour les filles au fil de l'âge et elles représentent à peine la moitié des effectifs au lycée. Elles sont vite orientées dans des filières porteuses d'emplois féminisées précaires (couture, coiffure) ou se lancent dans le petit commerce informel peu rémunérateur et éprouvant. Pourtant, il est reconnu que plus les filles étudient, plus leur âge de mariage et première maternité augmentent. Celles qui pousseront leurs études jusqu'à la fin du lycée poursuivront ou seront aussi orientées vers des filières féminines au bas de l'échelle des secteurs comme la santé ou l'éducation ; maitresses, infirmières, sage-femmes. Tous ces métiers sont très exposés aux risques infectieux.

Il faut ajouter que les raisons de leur accès limité à l'éducation sont souvent les violences basées sur le genre comme les mariages et grossesses précoces ou les violences domestiques. Leur dépendance vis-à-vis de tiers et leur statut socio-économique finissent par leur conférer un accès limité à tous les services sociaux de base et aux ressources. C'est ainsi qu'elles sont plus exposées aux risques de maladie et d'infections. Elles aussi sont moins exposées à la PCI dans les parcours qui leurs sont imposés par la société.

6.4.4. Profil des ménages

On observe de fortes disparités régionales dans la répartition des ménages en Guinée.
Selon les résultats de l'enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM-2018/2019), avec ses 424 176 ménages, la région administrative de Kankan renferme à elle seule 17,4% de l'ensemble des ménages du pays. 21,6% de ces ménages sont dans le centre urbain de Kankan contre 78,4% qui sont dans les zones rurales. La région administrative de Kankan est suivie par la zone urbaine de Conakry qui totalise 398 430 ménages, soit 16,4% des ménages du pays. Quant à la région administrative de Nzérékoré, elle compte 338 868 ménages, 13,9% des ménages du pays dont 23,1% de ces ménages sont présents en zone urbaine et 76,9% en zone rurale.
L'examen des données sur la répartition des ménages selon le sexe du chef de ménage montre que plus de trois quarts des ménages (79%) sont dirigés par les hommes et seulement 21% des ménages dirigés par des femmes.

Du point de vue du niveau d'instruction des chefs de ménage, on relève qu'en Guinée les ménages dirigés par un chef n'ayant aucun niveau d'instruction prédominent (71%). La proportion des chefs de ménage qui n'ont pas fréquenté l'école sont repartis dans les zones du projet comme suit : Conakry 31,5% ; Kankan 71,2% et Nzérékoré 61,2%.

Du point de vue de leur statut matrimonial, il ressort que les ménages formés par les mariés monogames et polygames ont les proportions de ménages les plus élevées du pays (62% pour les monogames et 22% pour les polygames). Cependant, les ménages formés par les divorcés/séparés, les célibataires ou les veufs, représentent respectivement 2%, 4% et 10% des ménages du pays. On conclut à cet effet que 84% des ménages guinéens sont dirigés par des chefs de ménages en union et vivent maritalement avec un conjoint.

La taille moyenne des ménages en Guinée est estimée à 4,9 personnes. A Conakry, elle est en moyenne de 4.8 personnes, 5.3 personnes à Nzérékoré mais aussi à Kankan.
Par ailleurs, plus de trois quarts des divorcés sont des femmes (77,3%) et 93,7% des veufs/ves sont de sexe féminin.

La part des dépenses totales des ménages en Guinée est évaluée à 73 431,8 milliards GNF en 2019. En moyenne, chaque ménage dépense par an 30 162 798 GNF et la moitié des ménages dépense moins de 26 733 310 GNF par an. Les dépenses moyennes des ménages dans les régions de Conakry et Kankan sont les plus élevées (respectivement 41 342 802 GNF et 35 101 750 GNF) ; elles sont suivies par la région de Nzérékoré (30 594 952 GNF).
Les dépenses annuelles spécifiques de santé des Guinéens sont estimées à 2 789,5 milliards. Ces dépenses représentent 3,9% de l'ensemble des dépenses des ménages. Dans les zones d'intervention du projet, ces dépenses représentent 3,1% à Conakry, 3,7% à Kankan et 5,7% à N'Zérékoré.

6.4.5. Principales conclusions du volet socioéconomique

Toutes ces données socioéconomiques montrent le niveau de précarité des populations guinéennes qui disposent de revenus insuffisants pour assurer leurs survies quotidiennes. C'est ce qui explique en grande partie la faiblesse des dépenses de soin, qui sont reléguées au second plan pour pouvoir faire face à d'autres priorités notamment l'alimentation. Il est avéré que la plupart des malades ne se dirigent dans les hôpitaux qu'en dernier recours après qu'ils aient essayé toute sorte de solution telles que la pharmacopée traditionnelle, le charlatanisme, l'automédication et bien d'autres pratiques qui parfois sont à l'origine des complications de leur maladie. Cette tendance s'observe surtout au niveau des bébés souffrant de paludisme aigu, qui arrivent à l'hôpital après qu'on ait tout essayé à l'indigénat pour les désenvouter, en pensant à tort qu'ils étaient atteints de mauvais sort.

Les plus avisés des patients se rendent à l'hôpital lorsqu'ils ont fini de faire le tour des centres de santé de la localité ou des cliniques, parfois non officielles, bien qu'ils aient été conseillés de consulter un spécialiste de la maladie dont ils souffrent, et qui se trouve être un médecin exerçant dans un hôpital de la place. Le prétexte souvent évoqué est la cherté des prestations au sein des structures hospitalières, et certains patients accusent les médecins des hôpitaux publics de bâcler leur travail ou de laisser le soin des patients aux mains de simples stagiaires qui ne sont pas encore aguerris. Les médecins titulaires sont très souvent accusés d'être plus dévoués lorsqu'ils reçoivent les patients dans leurs propres cliniques privées, ou en prestation au domicile du patient. Ce comportement dénoncé par les patients aurait pour origine des bavures médicales enregistrées dans les hôpitaux de manière très fréquente. Comme partout ailleurs, ce sont toujours les femmes qui sont les principales victimes de cet état de fait, avec toutes les conséquences sanitaires que cela implique. Des témoignages ont montré que le manque d'expérience des stagiaires en matière de PCI a favorisé le développement rapide de la chaine de contamination de certaines épidémies.

L'exemple le plus illustratif a été celui d'un stagiaire en service à l'hôpital préfectoral de Gueckédou, et qui avait reçu en 2015 la première patiente de la maladie à virus Ébola. Ayant reçu cette malade pendant qu'il était de garde la nuit, il n'avait pris aucune précaution pour éviter d'être contaminé et ce, malgré tous les signes alarmants que présentait la patiente. Ce stagiaire a été malheureusement la première victime de Ebola parmi le personnel sanitaire guinéen, suivi de son oncle médecin qui avait tenté de le soigner sans savoir qu'il avait contracté le virus Ebola.
Aucun médecin titulaire de l'hôpital de Gueckédou n'a contracté le virus Ebola durant toute la durée de l'épidémie et ce, malgré que leur hôpital fût envahi de malades. La raison a été que, par expérience, ces médecins avaient aussitôt pris des précautions adaptées, sans même savoir de quelle maladie il s'agit. Selon le témoignage du premier d'entre eux qui a reçu les malades, il avait suivi le protocole de protection qu'il avait appris lors d'une précédente épidémie de choléra.

6.4.6. Principales conclusions du volet socioéconomique en lien avec la PCI et le Genre

Les questions socioéconomiques abordées l'ont été en lien étroit avec l'offre de santé et la PCI : elles ont effectivement tenté d'apporter des informations qualitative et quantitative autour de la division du travail femmes/hommes, des pratiques d'hygiène, des soins aux personnes, des maladies les plus fréquentes, de l'accès à l'eau, des croyances et de la confiance dans les soins et la santé aussi bien hospitaliers que traditionnels, de l'expérience et la pratique de la PCI en et hors période épidémique, dans les communautés et au sein des maitrises d'ouvrage.

Enjeux

Les principaux enjeux soulevés par l'étude socioéconomique dans les zones d'intervention du projet et qui sont en lien avec le genre et la PCI sont :

- La démographie a pour conséquence de restreindre la capacité de l'offre de service de qualité, particulièrement dans le domaine de la santé. On déplore surtout la qualité des infrastructures et autres équipements de soins, mais également l'hygiène des lieux où sont dispensés les soins. Il faut préciser dans une moindre mesure dans les structures sanitaires à l'intérieur du pays.
- La présence du personnel hospitalier est relativement plus satisfaisante à Conakry que dans le reste du pays où le taux d'absentéisme est souvent pointé du doigt et crée un déséquilibre encore plus marqué de l'offre de soins par rapport à la demande.
- Les hôpitaux sont fréquentés en majorité par les femmes mais aucune lecture ou analyse prenant en compte le genre n'est faite par rapport à la gestion de l'hôpital et particulièrement de la PCI.
- Les femmes sont peu représentées dans les instances de décision des structures de santé.
- Le risque de propagation à grande échelle des maladies infectieuses contractées par les femmes dans le milieu hospitalier ou au sein de la communauté. En effet, cette situation dans laquelle les femmes sont très exposées aux infections nosocomiales, fait qu'il faudrait prendre des mesures spécifiques pour rendre leur séjour en milieu hospitalier le moins dangereux possible. La propagation d'une maladie infectieuse est d'autant plus rapide lorsqu'elle est véhiculée par une femme à cause de son rôle social prépondérant au sein de nos communautés. Ce rôle social inclut entre autres : l'éducation et le soin des enfants, la préparation du repas pour la famille et parfois la communauté en cas de cérémonie, l'hygiène de la maison, etc.
- Le risque de contamination et de propagation des épidémies par les médecins peu expérimentés : ces derniers n'ayant pas reçu de formation pratiques sur la PCI durant leur cycle d'apprentissage de la médecine, ont tendance à négliger certaines précautions élémentaires de la PCI. Il faudrait donc les considérer comme étant des personnes à risque et les outiller pour se prémunir des infections dangereuses.

Ressources

Le système sanitaire guinéen souffre plus d'une mauvaise organisation de ressources disponibles aussi bien au niveau des ressources humaines qu'au niveau des ressources financières et matérielles. Il est certes vrai que les moyens financiers et matériels mis à disposition sont largement insuffisants, mais il faut reconnaitre qu'il y a une dilapidation de ces ressources et de celles qui sont mobilisées au sein des structures hospitalières. La transparence dans la gestion des revenus des hôpitaux devrait être scrupuleusement observée, pour permettre d'avoir assez de ressources financières pouvant être affectées à la fourniture régulière des intrants et équipements de la PCI. Cela contribuerait à réduire la dépendance aux partenaires étrangers dans la fourniture pérenne de ces intrants.

Aussi, il est évident que le contrôle des ressources revient de manière disproportionnée aux hommes. Pourtant l'accès des ressources, particulièrement de l'eau et des intrants, pour les femmes est

indispensable à la PCI. Un fait marquant est l'attribution des postes de surveillant général à des hommes dans tous les hôpitaux visités. L'exemple d'autant plus marquant des problèmes qui se posent est la tenue d'un accouchement sans électricité et avec une torche par les sage-femmes parce que le surveillant général rentré chez lui la nuit gère les ressources en énergie.

Les usager.e.s étant majoritairement des femmes, elles sont aussi moins informées sur leurs droits et ne sont donc pas informées des principes de redevabilité. La PCI impliquant la mise à disposition de ressources, la gestion saine des intrants dans un environnement fragile devient essentielle pour son succès et seules les premières usagères de ces intrants donc les femmes peuvent en comprendre l'importance et la portée.

La gestion de la ressource eau pour la PCI est aussi un défi au regard du contexte socio-économique en ce sens que les communautés envahissent parfois les structures de santé et exigent que ces dernières partagent leur eau. A Kouroussa par exemple, les autorités des structures sanitaires ont dit être obligées de partager l'eau au risque de voir les installations vandalisées. Une prise en compte du genre est essentielle pour la gestion de l'eau qui revient aux femmes.

Lacunes

Les lacunes relevées dans le cadre de l'étude socioéconomique concernent la tendance à l'augmentation du relâchement dans l'observation des précautions par rapport à la PCI et ce, depuis l'annonce de la baisse progressive des cas de COVID-19. Il en a été ainsi lors des précédentes épidémies. Le savoir-faire se développe au fur et à mesure, mais on finit par « baisser la garde » lorsqu'on estime que le danger est plus ou moins écarté.
L'accès à l'eau et aux toilettes est aussi une lacune et particulièrement pour les femmes. Cette lacune doit vraiment bénéficier d'une attention particulière incluant une prise en charge des questions de genre.

Certaines zones du projet se trouvent dans localités très impactées par les activités minières et les pratiques des populations dans ces localités constituent des barrières à la PCI qui sont très liées à la condition des femmes. En effet, la prostitution, les grossesses rapprochées, le sevrage précoce, le manque de contraception sont des pratiques répandues qui ont une incidence sur la transmission des infections. Par exemple, le taux de VIH est le plus élevé du pays dans l'une des localités et les femmes sont les plus impactées. La malnutrition est fréquente. Aucune mesure prenant en compte les spécificités de genre n'est prise par les autorités sanitaires.

Une dernière lacune concerne la non-classification des données des structures hospitalières en tenant compte de critères sexo-spécifiques et le manque d'outils et de connaissances sur le genre pour permettre de prendre en compte ces questions dans le traitement de la PCI.

Besoins

Les principaux besoins exprimés sont entre autres :

- Un meilleur accès à l'eau potable dans certaines structures hospitalières ;
- Plus de formation sur la PCI, surtout pour les stagiaires et le nouveau personnel, majoritairement féminin,et un suivi formatif régulier ;
- L'implication d'un nombre plus important de femmes au sein des comités d'hygiène qui sont majoritairement composés des chef(fe)s de service et donc des hommes ;
- Des dotations régulières en équipement et intrants pour la PCI avec l'implication des femmes dans leur gestion, dotations de l'Etat et pas seulement des partenaires ;
- Une meilleure gestion des ressources allouées à la PCI
- Une répartition équitable et spécifiée des sanitaires aussi bien ceux utilisés par le personnel de l'hôpital, que ceux dédiés aux patients et aux accompagnant.e.s des malades. A ce niveau, la demande était de faire en sorte qu'au moins 3/5 de toilettes soient dédiées à l'utilisation exclusive des femmes et que les toilettes destinées aux accompagnant.e.s des malades soient différentes de celles utilisées par les malades ;
- Le démarrage systématique de la vaccination des nouveau-nés après l'accouchement à l'hôpital avant même qu'ils ne rejoignent le domicile familial.
- La formation des services statistiques dans la gestion des données désagrégées par sexe et les doter en outils de gestion des données

Dans les zones minières :

- Une implication particulière pour les femmes qui sont dans les milieux miniers
- Prise en charge de la vaccination des enfants
- Assurer la prise en charge des mères porteuses IST / VIH
- Mettre en place des programmes d'accès aux méthodes préventives et contraceptives

5.5. DIAGNOSTIC FORMATION ET SENSIBILISATION SUR LA PCI

6.5.1. Aspects généraux

- **Rôles et responsabilités en santé différenciées des femmes et des hommes et causes structurelles des inégalités**

En Guinée, les tâches liées aux soins sont traditionnellement dévolues aux femmes, dans les familles et les communautés. Cette situation se transfère de la sphère privée à la sphère professionnelle. Le secteur de la santé est dominé par la présence des femmes. Elle reste néanmoins pour approximativement 70% au bas de la pyramide des postes de responsabilité et décision et sont affectées aux tâches les plus difficiles et surtout dangereuses pour leur propre santé car les exposant de manière disproportionnée aux risques infectieux.

Cette situation est attribuable à des causes structurelles profondes. La cause prédominante dont découlent les causes adjacentes est probablement la structure sociale marquée par un système patriarcal qui confine les femmes et les filles dans des rôles subordonnés. Le schéma se reproduit naturellement dans la sphère professionnelle qui permet la reproduction, la reconduction et le maintien des inégalités. Plus concrètement, la responsabilité du soin des malades et toutes les tâches d'entretien et d'hygiène afférentes, incluant l'alimentation et la fourniture d'eau, reviennent aux femmes et aux filles ; aussi bien à la maison qu'à l'hôpital en tant que garde malade. Le peu d'hommes qui sont assignés à des rôles et responsabilités exposés aux risques infectieux tel que les agents d'entretien qui gèrent l'incinération et les déchets sont uniquement des hommes issus des couches vulnérables qui sont aussi

victimes d'inégalités du fait de leur statut socio-économique.

Dans les institutions de santé et les établissements de soins, les femmes jouent des rôles et occupent des responsabilités similaires parce qu'elles n'ont pas eu un accès égal à une éducation de qualité, n'ont pas été maintenues à l'école à cause des pratiques néfastes tels que les mariages précoces et/ou ont été confrontées à une grossesse précoce et n'ont pas pu poursuivre les cursus longs qui permettent d'accéder à des postes de responsabilité et décision. Leur statut d'épouse et leur rôle de reproduction freinent aussi leur parcours professionnel qui requiert une certaine disponibilité et mobilité que les obligations et pressions familiales empêchent. Nous nous retrouvons donc avec un système sanitaire qui reproduit les rôles et responsabilités familiales et leur lot d'inégalités avec une hiérarchisation des tâches qui s'en suit.

De manière plus générale, les femmes se retrouvent dans des filières techniques qui leur sont dévolues pour plusieurs raisons encore liées aux inégalités dans la distribution des rôles sociaux et aux stéréotypes et préjugés de genre. Selon les statistiques du Ministère de l'enseignement technique et de la formation professionnelle en 2019, 53% des apprenants étaient des femmes contre 47% d'hommes[10]. Les filles s'orientent effectivement plus vers les filières techniques. Malheureusement les stéréotypes les confinent encore dans les filières les moins porteuses d'emplois et d'opportunités. Elles sont en majorité dans les filières du secteur tertiaire. D'après la direction nationale de l'enseignement technique, en 2017 80% des filles se formaient dans le secteur du tertiaire. Des mesures ont été prises pour augmenter le nombre de filles dans les filières du secteur primaire plus rémunérateur, au point d'arriver à augmenter leur ration à 21% en 2019 mais l'accès à l'emploi demeure un obstacle, toujours du fait des préjugés basés sur le genre.

Les mêmes stéréotypes ont mené à la présence d'une quasi-totalité de femmes dans les formations de santé, et particulièrement les formations de sage-femmes. Heureusement, il y a à l'intérieur du pays une tendance avec la création des écoles de santé communautaire au retour des hommes vers ces professions dans les fonctions de techniciens de santé. Il y a néanmoins un déficit de sage-femmes à l'intérieur du pays en grande partie dû à un problème de répartition. Les femmes de certaines régions accepteraient la mobilité mais dans d'autres régions elle semble difficile. Pour le DRH, il faut des motivations financières, ce qui supposent aussi que les salaires sont minimes.

Quoiqu'il en soit la majorité du personnel soignant reste féminin avec une prédominance d'hommes dans les fonctions soignantes supérieures comme les médecins et autres spécialités.

Le personnel de nettoyage constitue aussi une grande partie de la ressource humaine du secteur et là encore ce sont majoritairement les femmes et les personnes vulnérables qui occupent ces postes. Dans les hôpitaux régionaux, les femmes vulnérables qui sont restées longtemps en service ne sont pas remerciées pour des considérations sociales. Elles sont tellement vulnérables qu'elles n'ont pas d'autres ressources et n'ont pas pu construire une résilience qui leur permette de prendre leur retraite.

On peut conclure que tant que les causes structurelles des inégalités en tête desquelles l'accès différencié aux droits et aux ressources ne seront pas adressées, les systèmes sanitaires continueront de reproduire des rôles hiérarchisés par les rapports de genre. Il est donc essentiel que l'intégration d'une lecture genrée de la situation s'effectue et que des actions concrètes en faveur de l'égalité soient entreprises.

- **Participation aux formations et sensibilisation des femmes et des hommes en particulier sur la PCI**

[10] Cheffe section genre du Ministère de l'enseignement technique et professionnel

- **Au niveau du personnel de santé**

De manière générale, les formations et sensibilisations du personnel de santé en PCI ont été mis à disposition du personnel de santé de manière indifférenciée.

Par principe, l'accès aux formations n'est pas différencié par sexe, encore moins quand il s'agit des formations et sensibilisations sur la PCI. En effet, depuis 2015 que la Guinée est touchée par des crises épidémiques de grande ampleur, à commencer par Ebola en 2013, les formations et sensibilisation en PCI se sont démultipliées à l'endroit de la majorité du personnel de soin et d'entretien des structures sanitaires.

Néanmoins, il faut noter que les formations des formateurs sont en majorité réservées aux hommes qui les dispensent et dispensent par ricochet la majorité des formations. Cette situation est attribuable à plusieurs facteurs liés aux inégalités de genre. En effet, les femmes ne sont pas en mesure de participer à ces formations pour des raisons liées à leur statut matrimonial, leurs charges et contraintes familiales, leur niveau d'études et le manque de confiance en elles. Un cas nous a été relaté où une femme, agent technique de santé, aurait donné sa place de formation à son mari pour lui permettre de bénéficier des opportunités afférentes et parce qu'elle avait des charges familiales qui ne lui permettaient pas de participer. Les hommes se positionnent alors mieux qu'elles et continuent de bénéficier des opportunités de manière disproportionnée. Comme mentionné plus haut, des hommes qui ne sont même pas des agents de santé et donc en contact avec les patient.e.s, mais plutôt en charge de la gestion deviennent des référents PCI.

Il est important de préciser que, bien que la PCI soit au cœur des interventions contre les épidémies et que tout le personnel de santé et même d'entretien soit visé par les formations en PCI, les formations en cascade de 3 à 5 jours sont dispensées sans suivi régulier et les résultats des efforts s'en trouvent minimisés. Le directeur d'une agence très impliquée dans la réponse aux épidémies s'est dit très déçu des résultats obtenus par la PCI dont on a tant parlé comme une solution et qui a bénéficié de tant de ressources financières.

Les ATN qui ont été mis en place pour renforcer la PCI sont un mixte d'hommes et de femmes, mais encore une fois, et malgré les efforts soutenus des partenaires pour s'assurer d'une représentativité égale, les hommes sont plus nombreux. Le travail de la PCI n'est par ailleurs pas encore reconnu et valorisé ; des agents de santé qui la prennent très au sérieux et y consacrent l'effort et le temps nécessaires nous ont avoué avoir été brimées par leur hiérarchie et accusé de mener des activités de PCI au détriment de leurs travaux réguliers.

- **Au niveau communautaire (femmes dans la famille/ménage)**

Des sensibilisations ont eu lieu dans les périodes d'épidémie au niveau communautaire. Elles s'arrêtent dès que les pics des épidémies passent et n'ont pas permis aux communautés de pérenniser les pratiques de PCI. Les sensibilisations ont touché les femmes et les hommes mais les ressources en intrants distribuées dans le cadre de la formation et sensibilisation des communautés sont souvent confiées aux hommes qui ont le monopole du contrôle des ressources. Aussi, l'un des défis majeurs malgré tous les moyens déployés, notamment une distribution massive d'intrants, est l'accès à l'eau qui reste un prérequis majeur de la PCI. Dans les communautés, et particulièrement celles visées par le projet, l'accès à l'eau est limité et la collecte devient un fardeau qui revient aux femmes. Même si elles sont sensibilisées à la PCI, cette contrainte ne leur permet souvent pas de respecter les principes qui sont préconisés par les sensibilisations. L'un des directeurs d'agence en charge de la réponse aux épidémies a raconté qu'une femme avait demandé lors d'une sensibilisation comment elles pouvaient suivre leurs mesures et recommandations qui nécessitaient d'utiliser une partie de l'eau qu'elle allait puiser à une longue distance. Un forage avait été construit par le partenaire qui l'accompagnait en lieu

des dons d'intrants initialement prévu.

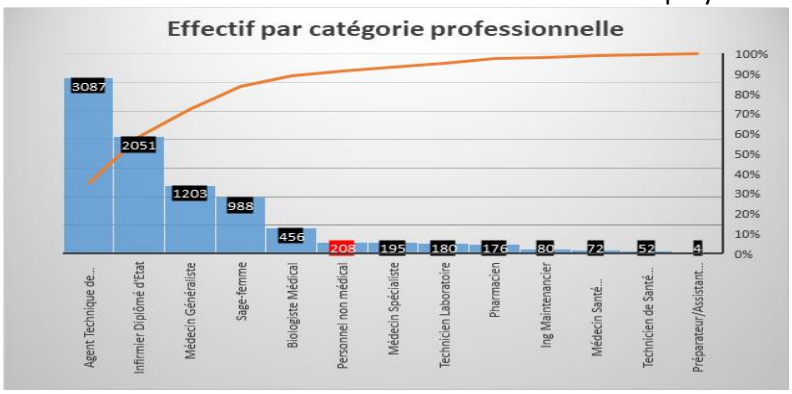
Les formations et sensibilisations ne sont pas ciblées et spécifiquement adressée aux femmes afin de prendre en compte les particularités de la formation des femmes qui sont en majorité analphabètes, ont des emplois du temps surchargé et des besoins et contraintes différents des hommes en terme de formation. Elles sont aussi dispensées par des agents communautaires qui sont en majorité des hommes qui ne comprennent pas aussi bien leurs réalités ou ne s'y identifient pas autant qu'une femme pourrait le faire. Les cadres du MPFEPV ont même pointé du doigt le manque de collaboration entre leur service et les services sanitaires pour mener à bien des sensibilisations auprès des femmes et autres populations vulnérables. Ils pensent avoir une expertise en la matière dont les autres ne peuvent pas se passer pour atteindre les résultats escomptés auprès des populations féminines en particulier.

6.5.2. Aspects sectoriels spécifiques : secteur de la santé

Enjeux liés au genre et à l'égalité filles-garçons/femmes-hommes dans le secteur de la formation en santé et particulièrement sur l'hygiène dans les provinces/régions et les établissements concernés :

- **Répartition des effectifs selon le sexe, profils des apprenant.e.s (origine sociale, géographique, âge, etc.), freins dans l'accès aux responsabilités, formations et sensibilisation**

Le secteur de la formation en santé se divise en trois catégories les institutions d'enseignement supérieur (IES) (seulement quatre dans le pays présentent dans les zones que le projet couvre) qui forment les médecins et les spécialistes, les écoles professionnelles de type B qui forment les Infirmiers d'état, Sage-femmes, Techniciens de Laboratoire et de Santé Publique, Assistants sociaux etc.... et les écoles professionnelles de type A, qui forment les ATS. Il est cependant à noter que certaines écoles professionnelles de type B forment également des ATS. La moyenne des sortants par an est de 1/3 des IES et 2/3 des autres structures de formation. Si dans la première catégorie, le ratio selon les sexes est en moyenne de 1/3 de femmes[11], il est proche de 90% dans les autres. Cette situation crée une majorité écrasante de personnel féminin formé. Une analyse montre que respectivement, les ATS, Médecins, Infirmiers d'état, Sage-femmes sont principalement les catégories professionnelles les plus formées en Guinée et cette réalité se retrouve dans les effectifs employés du ministère de la santé.



Ministère de la santé, décembre 2021[12]

Malheureusement, la répartition géographique de ces instituts de formation est concentrée dans les grandes villes et en Basse Guinée, particulièrement dans la capitale. La quasi-totalité des catégories professionnelles (à l'exception des ATS) sont formées en Basse Guinée. Nous constatons également que

[11] En 2018-2019, selon le bureau de stratégie et développement de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, la répartition des étudiants sortants des IES dans les filières santé et protection sociale était par sexe, de 32% de femmes et 68% d'hommes

[12] Ces données ont été partagées par l'assistant des ressources humaines du ministère de la santé, décembre 2021

près de 44% des agents de santé formés ces cinq dernières années l'ont été en Basse Guinée[13]. Cette situation limite l'accès de la formation aux populations urbaines et aux groupes sociaux plus aisés. Elle rend aussi difficile l'accès aux institutions supérieures à la couche féminine dont le déplacement pour les études pose plus de contraintes aux familles.

En fait, le secteur de la formation en santé reflète les réalités sociétales guinéennes qui se traduisent par les inégalités de genre marquées par une domination masculine dans la division du travail, l'accès et le contrôle des ressources et le pouvoir décisionnel.

En outre, la formation initiale qui permet d'atteindre de hautes fonctions reste réservée aux hommes. En effet, la déperdition scolaire et les défis que les femmes rencontrent pour finir leurs cursus scolaire et universitaire sont directement liés aux discriminations et inégalités d'accès à l'éducation dont sont victimes les femmes et les filles, particulièrement le partage des tâches domestiques et les obligations conjugales et familiales qui les empêchent d'être dans des conditions de réussite pour leur cursus scolaire.

Le directeur des ressources humaines du ministère de la santé confirme que la stratification du personnel dans le secteur est directement liée au fait que les hautes positions sont réservées au personnel ayant atteint un niveau d'études universitaire, donc les hommes. L'égalité homme femme face aux postes de décision est de fait impossible. Les données sexospécifiques du ministère démontrent par ailleurs un constat qui interpelle. En effet, leurs données recensent des ratios homme/femme proches de l'égalité. Pourtant, sur le terrain, on observe clairement un ratio homme/femme de 70% de femmes contre 30% d'hommes. Cela démontre que les femmes présentes dans les structures de santé ne sont pas titularisées et sont donc dans des situations de précarité et donc vulnérabilité importantes, ne permettant pas d'avoir accès à des postes de responsabilités ou de décisions, ou encore à des formations, et les confinant en plus dans des tâches peu valorisantes et dangereuses.

[13] Institut de médecine tropicale d'Anvers, Belgique et Centre de formation et de recherche en santé rurale de Maférényah / Ministère de la santé, Guinée, Analyse situationnelle du personnel de santé et des établissements de formation pour le renforcement du système de santé afin de guider la coopération au développement entre la Belgique et la Guinée, Rapport de Recherche, Version 1.4 du 21 Mai 2017, p 33

Répartition des effectifs en activité par genre

REGION	???*		Femmes		Hommes		Effectif Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
???*	6	3%	343	6%	326	8%	675	7%
BOKE	5	3%	439	8%	362	8%	806	8%
CONAKRY	65	34%	1914	36%	1346	31%	3325	34%
FARANAH	17	9%	184	3%	218	5%	419	4%
KANKAN	18	9%	764	14%	566	13%	1348	14%
KINDIA	21	11%	588	11%	387	9%	996	10%
LABE	5	3%	146	3%	171	4%	322	3%
MAMOU	6	3%	267	5%	207	5%	480	5%
N'ZEREKORE	48	25%	722	13%	726	17%	1496	15%
Total général	**191**	**100%**	**5367**	**100%**	**4309**	**100%**	**9867**	**100%**

- **Analyse « genre » des établissements de santé urbains**

Les établissements de santé urbains ont des modes de gouvernance très déséquilibrés en terme d'égalité homme femme. En effet, aucun des établissements n'est dirigé par des femmes et la très grande majorité des postes seniors et techniques aussi bien au niveau central que décentralisé est occupée par des hommes. Toutes les données collectées présentent un ratio moyen de 90 % d'hommes occupant des postes seniors contre à peine 10% de femmes.

L'un des directeurs d'agence nous informe que les formations demandent souvent une certaine mobilité d'une moyenne de 10 jours par mois que les femmes ne peuvent pas se permettre. Les femmes ont ainsi accès aux formations en principe mais dans la pratique les contraintes souvent familiales ne leur permettent pas. En effet, le directeur des ressources humaines du Ministère de la Santé précise qu'il reçoit un nombre considérable de demandes de regroupement familial et est souvent obligé de les traiter favorablement au vu des enjeux : menaces de divorce, de polygamie, pression de la belle-famille. Ces freins structurels empêchent la femme d'atteindre un niveau de formation ou de poursuivre des formations continues qui lui permettraient d'accéder à des postes seniors.

Aucune mesure n'est prise ou envisagée au sein des structures centrales ou décentralisées pour encourager les femmes à accéder à des postes seniors ou à des responsabilités. Les hauts cadres sont conscients du problème et pensent que seuls des changements structurels qui prendront du temps permettront un changement. Ils ont été vaguement exposés aux principes et approches genre mais n'y ont pas été formés. Même s'ils y adhérent, et il faut préciser à s'en tenir aux propos des infirmières que tous n'y adhèrent pas, ils ne savent pas comment les intégrer et ne pensent pas à le faire. La présence de la Cheffe section genre au sein du Ministère rassure les cadres des ressources humaines et ils rejettent la responsabilité de l'intégration du genre à cette fonction sans pour autant s'y intéresser, la comprendre ou même s'en rapprocher. Ils ne résistent ou ne critiquent néanmoins pas sa présence au sein du ministère. La Cheffe section genre déplore que la politique nationale genre se limite à la santé maternelle dans son traitement de la question genre et santé. Ce constat décrit la situation générale du secteur qui confine les femmes à des postes de décision dans les secteurs de gynécologie et pédiatrie mais pas dans les autres secteurs.
La PCI étant un domaine qui concerne beaucoup le personnel soignant et le personnel d'entretien, un effort est fait pour intégrer les femmes dans les comités d'hygiène mais il est minime et vient souvent des partenaires extérieurs. L'un des hôpitaux ciblés par l'enquête de terrain a un comité d'hygiène essentiellement composé de femmes.
Au niveau déconcentré, cette cheffe section n'a pour l'instant pas de répondant à l'interne des

structures de santé et la question du genre n'est donc pas traitée ou même connue. Aucun des personnels de santé n'utilise le prisme du genre ou de l'égalité homme femme pour une lecture de son environnement professionnel. Au contraire, le secteur de la santé étant dominé par la présence féminine, ils pensent que ce n'est pas une problématique qui les concerne.

- **Analyse des cursus et contenus de formation en santé en particulier sur l'hygiène**

A contrario d'autres pays de la sous-région, la Guinée ne bénéficie pas d'une filière d'enseignement supérieure dédiée à la PCI. Depuis les dernières épidémies, la PCI a été inséré dans le programme des IES en 6ème année. Elle a aussi été insérée dans les curriculums des formations des ATS à raison de quelques heures par an.

Par ailleurs, les formations de santé dispensent des formations sur l'hygiène mais il est préférable que la formation en hygiène fasse partie des contenus de formation initiale pour une meilleure diffusion et appropriation. Au vu de la situation épidémiologique de la Guinée et de sa fragilité, il serait même recommandé que l'éducation à l'hygiène soit insérée dans les contenus de formation dès le primaire et le secondaire.

Finalement, une harmonisation des curriculums de formation sur la PCI au niveau national est en cours et serait menée par le Ministère de la santé en collaboration avec tous les partenaires concernés par la PCI, malheureusement il est peu probable que ce curriculum ait pris en compte les questions de genre.

- **L'existence d'organisations professionnelles spécifiques dans le secteur de la santé, mixtes ou non- mixtes, et leur poids dans la gouvernance du secteur.**

Il existe quelques organisations professionnelles spécifiques dans le secteur de la santé dont le poids est relatif dans la gouvernance du secteur de la santé. Entre autres, l'ordre des médecins et des pharmaciens et l'association des sage - femmes.
Quelques ONG nationales ont aussi acquis une certaine influence tels que FMG (Fraternité Médicale Guinée) ou encore l'AGBEF (Association Guinéenne pour le Bien-être Familial). Leur descriptif est en annexe.

6.5.3. Dimensions transversales

- **Enjeux de genre et de changement de comportement**

Il est important de comprendre que la PCI est une activité cyclique qui se fait à tout moment, or on remarque les délaissements qui s'opèrent en dehors des périodes où le danger est palpable. Elle requiert de prendre des habitudes qui pèsent sur les couches vulnérables qui n'ont pas été très tôt exposées aux règles d'hygiène de base ou n'ont pas les moyens de respecter les mesures.
Il est essentiel de reconnaitre l'impact du genre sur le changement de comportement en lien avec les mesures sanitaires. En effet, le changement est dépendant d'une prise en compte de l'égalité homme femme si l'on reconnait qu'elles ont la charge de l'hygiène et de la santé et sont de manière disproportionnée exposées aux infections.
Plusieurs enjeux se dessinent. Le premier étant d'inverser la tendance et d'appuyer la construction de nouveaux modèles de masculinités qui permettraient un investissement plus important et différent (autre que monétaire) des hommes dans l'hygiène et la santé des familles et des communautés. Le deuxième étant de favoriser un contrôle partagé des ressources, particulièrement des ressources utilisées en PCI (eaux et intrants) et le troisième de s'assurer de la prise en compte des spécificités, vulnérabilités et besoins des femmes dans les programmes et campagnes d'information et sensibilisation.

Par exemple, les acteurs impliqués dans les campagnes remettent souvent les intrants aux leaders communautaires en majorité des hommes qui se les approprient sans que les femmes qui sont impliquées dans les activités en aient le contrôle. Il faudrait sensibiliser les communautés et les hommes pour qu'ils acceptent de plus s'impliquer dans le soin des malades et laisser les femmes gérer les ressources utilisées pour les soins.

Concernant la prise en compte des spécificités, vulnérabilités et besoins des femmes, plusieurs réalités sont à prendre en compte avant de pouvoir les inverser :

- Elles fréquentent les hôpitaux et représentent 70% au moins de leur population en tant que soignante ou garde malade ; la majorité des patientes fréquentent les maternités
- Elles ont des besoins spécifiques dans l'utilisation des sanitaires, en particulier pour les menstrues
- Elles doivent être présentes dans les instances de décision concernant l'hygiène pour pouvoir évoquer leurs besoins spécifiques
- Elles fréquentent moins l'école et ne sont pas habituées à des formats de formation traditionnels
- Elles ne peuvent souvent pas lire les instructions donc des boites à images ou sonores sont nécessaires
- Des ajustements qui doivent prendre en compte leur emploi du temps, leur disponibilité ne sont pas faits
- Les femmes ne sont pas autant exposées aux médias que les hommes : elles n'ont pas le temps d'écouter la radio ou suivre la télévision à cause de leur charge de travail. Néanmoins, elles ont aujourd'hui un accès aux réseaux sociaux, notamment Facebook qui pourrait être une réelle opportunité pour les toucher. Dans ce sens, les jeunes présentent aussi une opportunité pour les réseaux sociaux et à travers les organisations de jeunes.
- Elles tendent à ignorer les médias de masse qui parlent en français
- On ne prend pas le temps de leur expliquer les risques et elles ne les comprennent pas, elles ont tellement de choses à gérer que ces questions de mesures sanitaires deviennent secondaires si leurs enjeux ne sont pas compris

En prenant en compte ces réalités et les enjeux, il devient intéressant d'envisager l'implication et l'utilisation des ONG médicales et d'autres organisations féminines tels que l'ordre des sages-femmes, les ONGs féminines ou encore leurs structures de socialisation, entre autres les événements sociaux (mariages, baptêmes, séré) pour mieux les cibler. Par exemple, les ONG qui travaillent déjà avec elles sur la question de violences ou d'autonomisation doivent être sollicitées pour ajouter à leur programmes les questions de PCI.

VI. INDICATEURS DE SUIVI EVALUATION DU PROJET

Les indicateurs de suivi évaluation feront l'objet d'un travail plus approfondi lors de l'atelier visant à produire le plan d'action genre. Toutefois, quelques éléments présentés en annexe 3 affichent une première orientation de ce que pourraient être ces indicateurs. Au-delà de renforcer la culture du genre et de la désagrégation des données collectées, les indicateurs de suivi évaluation doivent permettre de mettre en évidence et suivre l'évolution des changements en faveur d'une meilleure appréhension de ces questions de genre et de leurs enjeux en matière de PCI tant au niveau des établissements de soins que de la communauté.

VII. BILAN AFOM

Le cadre ci-dessous résume les forces, faiblesses, menaces et opportunités de l'intégration du genre dans le projet PCI.

FORCES	FAIBLESSES
- Un cadre légal, institutionnel et politique étoffé sur le genre et l'égalité homme femme (dont une PNG) sur lequel les porteurs du projet peuvent s'appuyer pour renforcer la prise en compte du genre et des questions d'égalité homme femme - Existence de services genre et équité dans les ministères dont la santé et l'éducation (secondaire et supérieur) - Existence d'un cadre politique sur la PCI - Une société civile active capable de porter un plaidoyer pour une meilleure prise en compte du genre dans les projets et programmes - Un système de santé et des équipes ayant l'expérience de crises sanitaires d'envergure	- Absence de suivi évaluation de la mise en œuvre des politiques en faveur du genre et de l'égalité homme femme - Absence de mécanisme de redevabilité qui s'appliquerait aux organisations pour la non prise en compte du genre - Persistance dans les communautés des normes socio culturelles défavorables aux femmes et filles - La prise en compte du genre n'est pas perçue comme une priorité comparée aux « autres défis » - La notion de genre reste « complexe » à intégrer notamment concernant la PCI - Le manque de données sexo spécifiques sur le traitement des enfants (exemple : pratiques alimentaires, accès à la vaccination, responsabilisation dans le soin des membres de la famille…) - Peu d'instruments juridiques internationaux et nationaux autour de la PCI - Fonctionnalité des programmes anti infectieux dans les formations sanitaires - Disponibilité des équipements de protection dans les FOSA - Formation PCI des agents de santé et personnel d'hygiène/entretien - Système WASH (approvisionnement et stockage en eau, disponibilité et fonctionnalité de toilettes…) dans les FOSA - Gestion des déchets au niveau des FOSA
OPPORTUNITES	**MENACES**
- La mise à l'agenda international des questions des genre et d'égalité homme femme (ou le climat favorable à l'intégration	- Le contexte politique et sécuritaire incertain peut fragiliser les acquis ou la mise en œuvre de projets/programmes

du genre dans les projets et programmes), des questions d'accès à l'eau et à l'assainissement et accès à la santé (un ODD spécifique sur l'égalité des sexes, un sur eau et assainissement (même si ce dernier reste aveugle au genre) et un sur la santé) - Présence d'organisations internationales pouvant influencer les politiques et/ou apporter une expertise technique sur les questions de genre	- Les pressions politiques extérieures peuvent mettre sous tension indirectement les autorités des secteurs concernés par le projet et fragiliser leur implication pour la bonne mise en œuvre du projet - Le portage des questions de genre par les partenaires extérieurs peut être contre-productif, car il risque de se faire au détriment d'une appropriation par les acteurs locaux, qui ont tendance à ne pas considérer cette thématique comme prioritaire

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Bibliographie

Karamoko Mady CAMARA. Cadre Juridique et institutionnel de protection des droits des femmes en République de Guinée. Rapport d'étude Version initiale, Avril 2021. OGDH

Water, sanitation and hygiene in health care facilities, Resolution. 144th session. Assemblée mondiale de la santé, 30 Janvier 2019 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R7-en.pdf

OMS. HAND HYGIENE FOR ALL INITIATIVE Improving access and behaviour in health care facilities. OMS, 2020 https://www.who.int/publications/i/item/9789240011618

OMS. Lignes directrices sur les Principales Composantes des Programmes de Prévention et de Contrôle des Infections au Niveau National et au Niveau des Etablissements de Soins de Courte Durée. OMS, 2017 https://apps.who.int/iris/handle/10665/272850

OMS, UNICEF. L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé. Mesures pratiques pour instaurer l'accès universel à des soins de qualité. OMS, 2019 https://apps.who.int/iris/handle/10665/329521

Profil Genre Guinée. AFD, Août 2016

Jane Freedman Genre, justice sociale et droit penal. L'Harmattan « Cahiers du Genre » 2014/2 n° 57, pages 39 à 54 https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2014-2-page-39.htm

UNFPA. Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Analyse des cadres juridiques relatifs aux MGF de pays sélectionnés d'Afrique de l'Ouest. UNFPA, janvier 2018

Comité CEDEF. Examen de la Guinée. Rapport alternatif conjoint FIDH-OGDH-MDT-AVIPA-CODDH, Octobre 2014

Royal Tropical Institute. Les ressources humaines en santé maternelle et néonatale en Guinée de 2014 à 2023 Planification stratégique. Déc. 2013

Ministère de l'Action Sociale et Populations Vulnérables, Ministère des Droits et de l'Autonomisation des Femmes, Ministère de l'Unité Nationale et de la Citoyenneté, UNICEF. Enquête initiale du projet « Appui aux femmes et jeunes filles leaders communautaires pour la prévention des éventuels conflits liés aux élections législatives et présidentielles de 2020 ». Août 2020

Abdoulaye Wotem Somparé. La politique et les pratiques de santé en Guinée à l'épreuve de l'épidémie d'Ebola : le cas de la ville de Conakry. Lien social et Politiques. Santé et politiques urbaines. Numéro 78, 2017. DOI : https://doi.org/10.7202/1039345ar

Dr. Yéro-Boye CAMARA, M. Aliou T. DIALLO, Dr. Alpha Ahmadou BAH. Elaboration du plan stratégique de développement des ressources humaines en santé. Analyse de situation des ressources humaines en santé. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique. Rapport Final, juillet 2012.

Institut de médecine tropicale d'Anvers, Belgique et Centre de formation et de recherche en santé rurale de Maférényah / Ministère de la santé, Guinée, Analyse situationnelle du personnel de santé et des établissements de formation pour le renforcement du système de santé afin de guider la coopération au développement entre la Belgique et la Guinée, Rapport de Recherche, Version 1.4 du 21 Mai 2017

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique (MESRS), Bureau de stratégie et de développement (BSD), Annuaire statistique de l'année universitaire, 2018-2019, Réalisé et publié avec le soutien du Projet d'appui au renforcement des fonctions statistiques de l'État (PARFSE), financé par le Fond européen de développement

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrés/interviewées à Conakry

STRUCTURES	Point de contact	Fonction	TELEPHONE
Ministères de la Santé et de l'Hygiène Publique MSHP – DNHHS	Dr Aissatou Yayé DIALLO	Chef section PCI	622823204
MSPH	Mme Makoni DONZO	Cheffe de service Genre et équité	622 58 30 81
MSPH	Dr Faza DIALLO Fidel KAMANO	DRH Assistant DRH	621 68 73 59/ 664 31 83 55 620 47 70 43
Ministère PFEPV	Marie TOURE Souleymane CAMARA Batouly KABA	DN Promotion féminine Point focal MGF/E DN Genre	622 28 63 21 621 94 20 10 622 22 49 8
Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle	Mme Halimatou Diaby	Cheffe de service Genre et équité	628 33 14 22
Union Européenne	François Tolno Diana VAN DAELE	Resp. Genre	628 69 88 42
		Resp Santé	
ENABEL	Maurice SANDOUNO Maurice.sandouno@enabel.be Bintou DIABY	Resp. Santé Resp. Genre	622 51 66 88 622 20 78 20
AFD	Anne-Lise AURICHE auricheal@afd.fr	Chargée de mission	625 77 01 06
Points focaux hygiène	Hôpital public Ignace Deen	ATN	628 98 34 40

	Penda Bhoye BALDE Pendabhoye79@gmail.com		
	Hôpital privé de l'amitié Sino Guinéen Daouda TRAORE Ddtraore677@gmail.com	ATN	621 91 84 31
CERFIG	Prof Frédéric Lemarcis Frederic.lemarcis@ens-lyon.fr	Programme socio-anthropologique	621 42 00 72
IPPS (anciennement CNPAS)	Mr MAGASSOUBA Mr KONATE Dr Sekou Mama KEITA Mme N'Diaye Deye	Comptable, intérim directrice Directeur des études Coordinateur des stages Cheffe encadrement des apprenantes, Sage-femme	621 44 07 34 628 55 42 16 622 40 80 65 628 23 19 12/ 622 45 49 88
ANSS	Dr Sakoba KEITA Sakoba54@gmail.com Assistant Mr Nabé	Directeur	622 93 13 90 622 19 37 80
OMS	Dr. Fodé Bangoura bangouraf@who.int	Point focal PCI/ WASH	622 10 80 80

Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées/interviewées dans les régions

Région de N'Zérékoré

STRUCTURES / LIEU	Personnes rencontrées	TELEPHONE	Date
Direction régionale de la promotion féminine, des personnes vulnérables et de l'enfance	Thierno SOUARE, Inspecteur régional	628 64 94 94	22/11
Gouvernorat	Monsieur le Gouverneur (présentation de la misison et signature ordre de mission), Général Mohamed Lamine Keita		
Direction régionale de la Santé	DRS, Dr Adama KABA	622088815	23/11
	Dr Siba KOULEMOU, chargé de la santé familiale et nutritionnelle, ancien Chef section PCI & Finda Matta KAMANO, point focal régional PCI (couvre 6 préfectures)	622408687 622113072	
Ecole de soins de santé communautaire de N'Zérekoré	Dr Matthieu KOUROUMA, Directeur de l'école Mr Koïkoï 3 Guilavogui, directeur des études et stages		
Atelier Expertise France – Hôtel Le Prince, N'Zérékoré	Dr Mamadou Samba BARRY, DPS de Beyla		24/11
	Dr Amara SACKO, Directeur hôpital de Beyla	628106488	
	Bamba ZOUMANA, Point focal PCI	628381554	
Hôpital de Beyla	Rifine DRAMOU, sage-femme maitresse Ansoumane TRAORE, surveillant général Andréa Lamah, sage-femme Niémé Christine PAGOMOU, sage-femme stagiaire	622611285 621679930 628503151 620793124	
Préfecture de Beyla	Marc BOUNGOUNO, intérim Directeur préfectoral de l'action social - DPAS	624472535	
Hôpital de N'Zérékoré	Dr Paul Saa YORANODOU, DGA Dr Fatoumata CISSE, ATN, Point focal PCI	628682023 622670433	25/11
	Usagère, Lucie K.	Contact	

		disponible sur requête (anonymat)	
	Dr Nanfadima DIAWARA, médecin chef gynécologue		
AGBEF/IPPF – Association des sages femmes (branche de l'ordre des sages femmes à N'Zérékoré)	Liste de présence de 10 femmes disponible	Voir liste de présence	
Hôpital de Guéckédou	Dr Moussa KOLIE, Directeur Tamba I KAMANO, ATN/ Point focal PCI Awa Madi Camara, surveillant général Segbé ONIVOGUI, membre du comité d'hygiène	628130504 628981494 622526237 624991319	26/11
DPS de Guéckédou	Hadja Mariama KEITA, DPS (déplacement jusqu'à la DPS mais indisponible)	620624251	
Préfecture de Guéckédou, Direction préfectorale de l'action sociale - DPAS	Thérèse MILLIMONO, DPAS	628911095	

Région de Kankan

STRUCTURES / LIEU	Personnes rencontrées	TELEPHONE	Date
Direction régionale de la promotion féminine, des personnes vulnérables et de l'enfance	Aminata BERETE, Inspectrice régionale des affaires sociales	622 24 35 63	29/11
	Mafila DIOUBATE, Assistante sociale	620 83 20 42	
Direction régionale de la santé	Dr SYLLA Dr Lamine KOUROUMA	621 29 42 16 622 44 26 18	
Hôpital de Kankan	Dr Abdourahmane DIALLO, Directeur intérim	628 13 75 99	29/11
	Dr Ibrahima SIDIBE, ATN, chargé de la PCI depuis 2018 Et son équipe Mme Angeline (assistante, hygièniste, DU en hygiène hospitalière) et Mr Savané (chargé HSE et gestion des déchets)	625 25 56 02	

	Mme Sia IFFONO, sage-femme adjointe Mme Saran K. KABA, sage-femme maitresse, formatrice des formateurs au niveau national, en formation à la DPS durant notre séjour	622 33 94 31 622 39 83 07	
	Mamadi CAMARA, statisticien	628 60 64 37	
	Groupe d'usagers	Contacts confidentiels	
APROSAB, association pour la promotion de la santé et du bien-être, Kankan	Dr KOUROUMA, médecin généraliste Mama KOUYATE, sage-femme	622 44 26 18 628 76 65 82	
Hôpital de Kouroussa	Dr Maurice BEAVOGUI, Directeur	628 10 30 64	30/11
	Dr Djamilatou, ATN régionale	620 34 54 55	
	Dr KOUROUMA, Surveillant général	622 46 57 87	
	Dr Maïmouna Diala DIALLO, médecin pédiatre Mamata BILIVOGUI, ATS pédiatrie Madeleine MILLIMONOU, ATS pédiatrie	620 13 58 13 620 27 92 46 624 83 81 20	
	Dr Hawa Oulen KEITA, médecin généraliste faisant office de Gynécologue	628 48 11 05	
Hôpital de Siguiri	Dr Mamadou Alimou DIALLO, ATN, Point focal PCI, surveillant général	628 19 4047/ 625 25 55 98	01/12
Ecole de santé de Kankan	Inspecteur convalescent, Mr Kaké Dr Souleymane Koulibaly, chargé de projet et partenariat	622 04 85 85 622 25 61 73	
Maison de Justice de Kankan	Sékou Condé, Directeur de la Maison de justice		29/11

Annexe 4 : Organisations professionnelles spécifiques dans le secteur de la santé, mixtes ou non- mixtes et ONG nationales ayant un poids dans la gouvernance de la santé

Ordre national des médecins de Guinée

Acteur clé de la régulation de la profession et du contrôle des pratiques médicales, l'ordre national des médecins de Guinée joue un rôle central dans la gouvernance médicale notamment dans un contexte où le système de santé est très faible. Avec un record important en Afrique de l'ouest du nombre d'universités/écoles de formation en santé et de cliniques privées, l'ordre national essaie tant bien que mal de réguler cet univers des établissements hospitaliers et de la pratique médicale qui semble échapper au Ministère de la santé et de l'hygiène publique. En effet l'ordre a fait de la chasse aux « faux médecins » une priorité, tant les conséquences de cette situation sont néfastes pour la population (en terme de mortalité et de morbidité) et pour l'image de la profession. En effet l'ordre doit régulièrement faire face à de nombreux faits incriminant des « médecins » et entamant gravement la confiance des populations vis-à-vis du corps médical.

Il faut néanmoins préciser que cet ordre traverse aussi une crise de légitimité n'étant représenté que un nombre infime de cadres, et n'étant en réalité par national puisque que l'ordre n'est pas représenté au niveau déconcentré.

L'ordre national des pharmaciens de Guinée

Le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens défend la légalité et la moralité professionnelle et est qualifié pour représenter la pharmacie auprès des autorités publiques et des organismes d'assistance. Il est chargé par la loi de remplir des missions de service public et ses missions fixées par le code de la santé publique sont :

- Assurer le respect des devoirs professionnels
- Assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession
- Veiller à la compétence des pharmaciens
- Contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins, notamment la sécurité des actes professionnels.

En terme d'organisation, l'ordre est composé d'un Conseil national et sept conseils régionaux gérés chacun par un Conseil régional. Il a deux sections qui représentent chacune respectivement les pharmacies publiques et privées. A l'instar des autres organisations, l'ordre des pharmaciens a connu également une longue période sans renouvellement de mandat (entre 2006 et 2018).

https://onpguinee.wordpress.com/

Il existe également un ordre des sages-femmes et maïeuticiens de Guinée (crée par une loi promulguée en 2017) et une association des sages femmes.

La Coalition Nationale des Professionnels de la Santé (CONAPROS)

Association de la société civile née en juillet 2019 sur demande du président de la République de l'époque (le Professeur Alpha Condé), avec pour mission principale d'alerter, de contribuer et

d'orienter le ministère de la santé sur les problèmes qui assaillent le système de santé guinéen. La création de cette structure marque un engagement dans la lutte pour la moralisation du secteur médico-pharmaceutique de la Guinée. Elle découle de graves constats dans le fonctionnement du système de santé du pays qui portent préjudice à la santé des populations et à l'image des professions de santé : en effet, les nombreuses pratiques illicites du système de santé entre autre le non-respect de la réglementation en termes de tarifs aussi bien dans le secteur public que privé, le non-respect des règles éthiques et déontologiques, le non-respect de la réglementation du secteur dans la création des structures de soins (entrainant notamment une anarchie pour ce qui concerne l'installation de cliniques privées), le non-respect/détournement dans la mise en œuvre de certaines politiques nationales d'accès aux soins (comme la mauvaise gestion des kits de césarienne « gratuits »)…sont autant de maux qui minent le système de santé.

La CONAPORS a pour attribution de participer activement à cette moralisation, non seulement dans la sensibilisation, dans l'orientation des professionnel.le.s de la santé sur les règles d'éthique et de déontologie, la vulgarisation des textes de lois qui régissent le bon fonctionnement du système non seulement auprès des usager.ère.s et des professionnel.le.s de santé. L'organisation a pour mandat également d'organiser des enquêtes d'images visant à réduire les pratiques illicites qui se produisent dans les centres de santé. La CONAPROS a pour but également de promouvoir le dialogue et la bonne gouvernance à tous les niveaux du système de santé. A ce titre, la structure entend mobiliser les ordres socioprofessionnels afin de les impliquer davantage dans cette moralisation. Le CONAPROS fait d'ailleurs le constat que ces ordres socio professionnels sont certes opérationnels mais avec des mandats expirés. Elle incite ces ordres à se régulariser et surtout s'organiser pour couvrir le territoire national de leur présence car de leur réelle implication dependra la résolution des dysfonctionnements du système de santé.

Association guinéenne pour le bien-être familial (AGBEF)

Créée en décembre 1984 sous l'initiative d'un groupe de volontaires issus de diverses catégories socioprofessionnelles toutes et tous préoccupés par la forte mortalité infantile et maternelle en Guinée, l'AGBEF est une ONG nationale à but non lucratif et membre de la Fédération Internationale pour la planification familiale (IPPF).

Elle compte plus de 2 000 membres répartis dans cinq antennes : Conakry, Kindia, Kankan, Labé et N'Zérékoré où elle dispose de cinq cliniques modèles.

Sa vision c'est une société dans laquelle les individus et les familles jouissent effectivement de leurs droits à la santé dans le respect des rapports d'égalité et d'équité entre les deux sexes.

La mission de l'AGBEF est d'assurer des services de santé sexuelle et de la reproduction de qualité en vue de réduire la mortalité maternelle, réduire et contrôler les IST/SIDA, éliminer les avortements à risque et les pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la femme. L'association aspire à créer un environnement favorable à la promotion des droits et responsabilités des femmes et des jeunes dans le but d'obtenir des comportements sains pour une fécondité maîtrisée et une parenté responsable.

Plus de détails ici :
http://www.agbefguinee.org/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1

Annexe 5 : Quelques indicateurs de suivi évaluation (base de travail lors de l'atelier d'élaboration du PAG)

	Recommandations	Indicateurs
Composante A : Le renforcement de la gouvernance du ministère de la santé en particulier de la DNEHHS et sa division de l'hygiène et de la sécurité des soins	De manière générale, et si possible, soutenir la responsabilisation des femmes dès ce niveau en leur confiant des positions de leader dans la mise en œuvre du projet	**Pourcentage de femmes remplissant un rôle de leader dans la gestion du projet**
O1. R1 Renforcer la DNEHHS dans son rôle, son plaidoyer et son action pour davantage d'alignement des PTF, et pour une meilleure exécution budgétaire des allocations aux établissements de soins et aux services déconcentrés		
1.1.1 en mobilisant un haut responsable national, Point Focal National (PFN) du Projet PCI au Ministère de la santé, ainsi qu'un.e expert.e technique à la DNEHHS pour renforcer en continu l'assertivité du ministère de la santé en matière de PCI	Si possible, identifier une femme pour occuper l'un des postes (point focal national ou expert technique à la DNEHHS)	**Nombre de femmes parmi les deux hauts responsables identifiés**
1.1.2 en facilitant la réalisation, avec le PFN du projet PCI, d'interventions optimisant le suivi, l'information et l'évaluation du projet dans les régions appuyées, et sa participation aux évènements clef en PCI au plan national et international		

1.1.3 en créant et exploitant des synergies avec les appuis du projet PASA2 à la gouvernance du niveau Central, notamment sur l'affectation –et la gestion des ressources financières et humaines nécessaires à la PCI et lever ainsi les goulots d'étranglement repérés		
1.1.4 par l'organisation et le pilotage des actions de capitalisation et de médiatisation du projet (évènement de restitution et actions de valorisation des études d'impact et des pratiques, atelier de capitalisation, restitution des évaluations, organisation d'éléments médiatisés lors de journées mondiales dédiées)	Mettre en avant lors de la capitalisation et de la médiatisation les problématiques genre/PCI (telle que le lourd tribut payé par les femmes dans la gestion de l'hygiène et des infections en milieu de soins et au sein de la communauté) et des expériences mettant en avant les actions menées avec ou par les femmes et/ou le niveau d'implication des femmes dans les interventions du projet	**Pourcentage de thématiques de capitalisation sur genre/PCI mettant en avant les femmes** **Pourcentage d'actions médiatiques mettant en avant les femmes** **Nombre de femmes impliquées dans les actions de capitalisation et de médiatisation** **Niveau de satisfaction des femmes et des hommes participants à la capitalisation et aux actions de médiatisation**
O1. R2 Conforter le rôle de pilotage de la Division de l'Hygiène et de la Sécurité des Soins en lui fournissant des moyens adéquats et en complétant la formation spécifique de ses cadres afin qu'elle se recentre sur ses missions de suivi et d'évaluation de régulation, d'inspection, de normalisation, d'animation, et de mise à jour des standards de PCI des soins	Encourager la formation de femmes cadres et si possible parmi les 3 places, prévoir 2 femmes et 1 homme	**Pourcentage de femmes cadres bénéficiant de la formation**
1.2.1 en finançant au minimum 3 formations de niveau Diplôme Universitaire (DU) en PCI de ses cadres via une université réputée de la sous-région ou en France / ou e-enseignement		**Type /lieu de de formation (désagrégé par sexe)**

1.2.2 par l'appui continu d'une expertise technique internationale dédiée afin de l'appuyer à (i) identifier les mesures proactives correctrices appropriées selon les indicateurs collectés en routine et leur évolution, (ii) intégrer des indicateurs de PCI dans les contrats d'objectifs entre le ministère et les hôpitaux et (iii) institutionnaliser la fonction de point focal PCI dans les services hospitaliers et les CHS fonctionnels. La mobilisation complémentaire d'expert.e.s spécifiques sur de courte mission apportera des contributions spécifiques pointues		**Nombre d'expert.e.s techniques mobilisés (désagrégé par sexe)** **Pourcentage de femmes parmi les points focaux** **Catégorie professionnelle des points focaux**
1.2.3 en fournissant les moyens nécessaires à la large diffusion des outils PCI normatifs, à la mise à jour des plans d'urgence des structures sanitaires, ainsi que les équipements informatiques, et véhicules indispensables aux missions de suivi et d'évaluation de terrain		**Nombre d'outils normatifs PCI diffusés** **Nombre de plan d'urgence mis à jour** **Nombre et types d'équipements informatiques mis à disposition** **Nombre de véhicules mis à disposition** **Pourcentage de femmes bénéficiant d'équipements informatiques** **Pourcentage de femmes bénéficiant de véhicules** **Pourcentage de femmes en charge de la gestion des équipements informatiques et véhicules** **Pourcentage de femmes intégrées dans les équipes de suivi évaluation**

1.2.4 en pilotant et validant le cadrage politique des campagnes de communication pour le grand public concernant la PCI et l'hygiène prises en charge par ce projet (cf.3.1). En supervisant également (cf.3.3) les conditions et l'impact de la diffusion des indicateurs clés de PCI par établissement de santé géographique destinée à améliorer la redevabilité des services	S'assurer que les canaux de communication utilisés et le contenu des messages au grand public soient sensibles au genre	**Nombre de campagnes organisées** **Type de canaux de communication utilisés** **Nature des messages diffusés (cible, âge, sexe)** **Nombre de personnes touchées par les campagnes (désagrégé par sexe, âge)** **Niveau de satisfaction des bénéficiaires des campagnes de communication**
1.2.5 en supervisant la mise en place d'un mécanisme pilote (recherche action) de remontée d'informations concernant la PCI (plaintes ou success-stories) par les professionnels et les usager.e.s.(cf 3.2 et 3.3)	Mobiliser les professionnelles et usagères pour leur participation à la recherche action et encourager la participation des hommes	**Pourcentage de professionnelles qui participent au processus** **Pourcentage d'usagères qui participent au processus**
O1. R3 Créer une filière de formation diplômante de qualité en techniques d'hygiène hospitalière/PCI (Diplôme Universitaire) avec l'université UGANC de Conakry en lien avec une université française pour favoriser une meilleure reconnaissance de la PCI et son ancrage		
1.3.1 Quantifier les besoins en termes (i) d'effectifs à former en PCI dans les cinq prochaines années en privilégiant la formation de plus des personnels féminins		

1.3.2 Formaliser un partenariat avec un institut de formation français reconnu pour organiser un cursus (annuel) d'enseignement avec l'équivalence d'un DU d'hygiène hospitalière. La première année du projet permettra de concrétiser le cadre de coopération identifié lors de la phase de faisabilité entre le Centre d'excellence CEA-PMCT de Conakry et l'Institut IMEA/Hôpital Bichat/Paris XIII		
1.3.3 Mettre en place (2ème année) cette formation partenariale en hygiène hospitalière et former une promotion d'au moins 10 stagiaires par an dont au minimum 7 femmes. Cette formation comportera un enseignement théorique dispensé à l'Université de Conakry en partenariat avec l'Institut universitaire français (IMEA). Des formateurs guinéens de ce DU bénéficieront de stages de perfectionnement en PCI hospitalière pratique dans des services hospitaliers de France en lien avec l'IMEA.	Inciter/promouvoir des femmes formatrices	**Au moins 7 femmes formées par an** **Pourcentage de femmes parmi les formateurs du DU** **Pourcentage de femmes formatrices bénéficiant de stage de perfectionnement en PCI hospitalière pratique en France**
1.3.4 Assurer un niveau d'expertise en approfondissement PCI aux Assistant.e.s Techniques nationaux du projet (max 5 par an) et à 5 cadres des services ministériels déconcentrés et centraux, dans cette nouvelle filière, ou à défaut, par le cursus du Burkina Faso ou e-training		**Pourcentage de femmes parmi les cadres des services déconcentrés**
1.3.5 Formaliser et institutionnaliser la fonction d'hygiéniste hospitalier.e responsable de la PCI dans l'organigramme des hôpitaux du pays (poste de Chef de Section Hygiène dans la fonction publique) et comme prérequis pour l'agrément des établissements hospitaliers privés		

1.3.6 Contribuer à l'inclusion du cursus adéquat et à jour en PCI dans les curricula -et les guides des formateurs- des formations initiale et continues de tous les personnels de santé. Ce volet associera progressivement des agents titulaires du DU		
Composante B: Amélioration mesurable et durable de l'hygiène des actes de soins et des locaux et dans les structures de santé, encadrées par une gouvernance déconcentrée plus efficace et mieux outillée dans 3 grandes régions (Conakry, Kankan, Nzérékoré) avec 3 volets		
O2. R1 le renforcement durable de l'efficacité de la gouvernance des services de santé déconcentrés, et du management des structures sanitaires pour une PCI de qualité		**Pourcentage de femmes parmi les Assistant.e.s Techniques Nationaux du projet**
O3. R1 Le renforcement des compétences des professionnels de santé dans les zones appuyées, pour un changement des pratiques en matière d'hygiène hospitalière (PCI)		**Contenu des modules et niveau d'adaptation aux besoins des catégories professionnelles** **Niveau de satisfaction des bénéficiaires des formations** **Pourcentage de femmes parmi les formateurs des ASC et ReCo** **Nombre de personnels formés (désagrégé par sexe et catégorie professionnelle)** **Evolution des pratiques en matière de PCI** **Augmentation de la fréquentation des structures hospitalières soutenues**

		Niveau de satisfaction des usager.ère.s sur les services de santé (qualité de l'hygiène notamment) **Perception des soignants sur l'évolution du niveau d'hygiène de leur structure** **Perception des soignants de l'évolution des comportements des populations**
O3. R2. Accompagner et consolider la disponibilité et la maintenance des équipements et des fournitures matérielles de base indispensables à la pratique d'une PCI de qualité	S'assurer que les équipements et fournitures soient accessibles aux bonnes personnes	**Pourcentage de structures productives de SHA gérées par des femmes**
3.2.1 Soutenir le lancement de la production et la distribution de solution hydro-alcoolique (SHA) indispensables à la pratique de l'hygiène		**Nombre de structures hospitalières appuyées (maintenance matériel de stérilisation et d'incinération)** **Durée moyenne de rupture de fonctionnement du matériel d'incinération /stérilisation** **Niveau de permanence de l'accès à l'eau dans les structures de soins soutenues (Durée moyenne de rupture des adductions d'eau)** **Nombre et types de petits équipements essentiels fournis aux structures**
3.2.2 Contribuer à assurer la disponibilité des petits matériels de base pour la PCI et la maintenance des installations d'adduction d'eau et d'incinération essentielles à la PCI		

Composante C : Le renforcement des connaissances et de la mobilisation des usagers par (ii) une communication de masse appropriée relative aux questions pratiques d'hygiène et prévention/contrôle des risques infectieux et (i) le soutien d'acteurs et d'initiatives communautaires en PCI relayé par des ONG de terrain expérimentées		
4.1 Des messages ciblés d'information/éducation sanitaire concernant les thèmes d'hygiène/PCI prioritaires et d'actualité sont diffusés chaque trimestre sur le territoire national par les canaux appropriés.	S'assurer que les messages soient inclusifs, touchant toutes les communautés et tenant compte du genre, des catégories d'âge, catégories sociales, handicap... Veiller à ne pas véhiculer des stéréotypes de genre	**Type de canaux de communication utilisés** **Contenu des messages (cible, âge, sexe)** **Nombre de campagnes** **Nombre de personnes touchées par les campagnes de sensibilisation (désagrégé par sexe et âge)** **Niveau de satisfaction des bénéficiaires** **Evolution des pratiques d'hygiène /PCI en communauté/structure de soins** **Perception des soignants de l'évolution des comportements des populations**
4.2 Quatre projet originaux impliquant activement les usagers et en particulier les femmes dans la PCI - dans et en dehors des lieux de soins- développant des initiatives nouvelles en PCI à base communautaire sont proposés, organisés et animés par des ONG expérimentées dans les régions de concentration du projet		**Nombre de projets retenus** **Pourcentage de projets portés par une ONG féminine**