



MINISTÈRE DU PLAN

Direction Nationale du Plan

Division Population et Ressources Humaines

BULLETIN DE POPULATION ET DÉVELOPPEMENT

NUMÉRO III DÉCEMBRE 2012



Sommaire

Liste des abréviations

Avant-propos

Introduction

Caractéristiques Démographiques

Mortalité maternelle

Planification familiale

Education

Jeunesse et Emploi

Population et Environnement

Liste des Abréviations

CIPD.....	Conférence Internationale en Population et Développement
EDS.....	Enquête Démographique et de Santé
EIBC.....	Enquête Intégrale avec Module Budget et consommation
ISF.....	Indice Synthétique de Fécondité
IST/VIH/SIDA.....	Infection Sexuellement Transmissible/ Virus de l'Immunodéficience Humaine/SIDA
MICS.....	Enquête à Indicateur Multiple
MP.....	Ministère du Plan
OMS.....	Organisation Mondiale de la Santé
QUIBB.....	Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être
RGPH.....	Recensement Général de la Population et de l'habitation
SRP.....	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
SR.....	Santé de la Reproduction
TBM.....	Taux Brut de Mortalité
TMI.....	Taux de Mortalité Infantile
UNFPA.....	Fonds des Nations Unies Pour la Population
PF.....	planification Familiale

Avant-propos

Dans la vision prospective de la République de Guinée, la lutte contre la pauvreté demeure une tâche fondamentale du développement à long terme. La Guinée a récemment estimé que pour parvenir à réduire la pauvreté de moitié d'ici à l'an 2015, elle doit réaliser un taux de croissance économique d'au moins 7,5%. Toutefois, elle reconnaît que la lutte contre la pauvreté par le biais d'un développement économique et social durable n'est pas seulement un problème macro-économique ou financier. Il y a lieu, entre autres : d'intégrer les politiques de population, d'environnement, de santé de la reproduction dans les programmes et projets de développement et d'investir dans les secteurs sociaux ; faire aussi face à l'impact social et économique du VIH/SIDA ; tirer profit des nouvelles technologies de l'information et des initiatives d'intégration régionale en vue d'élargir les marchés intérieurs et d'améliorer la compétitivité internationale. Tout cela devrait passer par la bonne gouvernance, notamment, pour réduire les conflits.

Ce troisième numéro du Bulletin de population et développement est une publication de la Direction Nationale du Plan qui aborde les questions concernant la pauvreté sous un angle démographique, en tenant compte des relations qui existent entre elle et les autres domaines du développement, telles que définies dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (PA-CIPD).

Le bulletin de population et développement vise l'amélioration des connaissances sur les questions de population en vue d'une prise en compte des variables démographiques dans les projets et programmes de développement socio-économique de la Guinée.

Il présente des informations qui couvrent les domaines thématiques du PA-CIPD et sera diffusé auprès planificateurs, décideurs politiques, universitaires et chercheurs, ONG, organisations internationales et du public en général.

La Direction Nationale du Plan reste réceptive aux remarques et suggestions des lecteurs qu'elle mettra à profit, afin d'améliorer la qualité et la pertinence des prochains numéros et permettre aux décideurs à relever de manière plus efficace les défis auxquels ils font face en matière de population et de développement.

Depuis la conférence du Caire en 1994, la plupart des gouvernements ont intégré les questions de population dans leurs stratégies de développement. Parmi eux, nombreux ont adopté des lois pour protéger les droits des filles et des femmes, fournir des services de santé en matière de reproduction avec une composante intégrale des soins de santé primaire et renforcer les mesures de prévention de l'infection par le VIH.

Il ressort qu'en l'espace de 15 ans, les pays ont accompli des progrès conformément aux engagements pris au Caire. Mais il est tout aussi clair qu'ils doivent accélérer la cadence et accroître l'ampleur de leurs interventions. Il reste beaucoup à faire pour réduire les grossesses non désirées, et les décès maternels, lutter contre les violences faites aux femmes et le VIH/SIDA et répondre aux besoins des jeunes et des femmes, notamment les plus pauvres.

L'engagement du gouvernement guinéen pour la résolution des questions de population en relation avec le développement s'est traduit par l'adoption en mai 1992 de la déclaration de la politique de population révisée en 1996, pour tenir compte des grandes recommandations issues de la conférence du Caire, répond au souci d'intégration des facteurs sociodémographiques dans la politique économique que le gouvernement mène depuis plus d'une décennie. Cette politique vise la lutte contre la pauvreté et l'amélioration du bien être de la famille.

La santé, l'éducation et l'environnement sont des facteurs essentiels du développement.

La santé, l'éducation et l'environnement sont des facteurs essentiels du développement. Les réalités de ces secteurs ne sont pas des meilleures dans notre pays malgré les gros efforts réalisés ces der-

Introduction

nières années. C'est pourquoi le gouvernement guinéen continue à leur accorder une place de choix dans la formulation et la mise en œuvre des stratégies de lutte contre la pauvreté.

En matière de santé, la Guinée œuvre dans le respect du plan d'action de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire en 1994, qui relie l'atténuation de la pauvreté à l'autonomisation des femmes, à l'égalité entre les sexes et l'accès universel aux services de santé en matière de procréation et explicite les rapports qui existent entre les questions de population, la croissance économique soutenue et le développement durable. Les objectifs ambitieux que ce plan d'action de la CIPD vise, notamment l'accès universel au service de santé en matière de procréation d'ici 2015, sont d'une importance cruciale pour atteindre les objectifs 4 ; 5 et 6 (Réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et combattre le VIH/SIDA) du millénaire pour le développement adoptés par les Gouvernements.

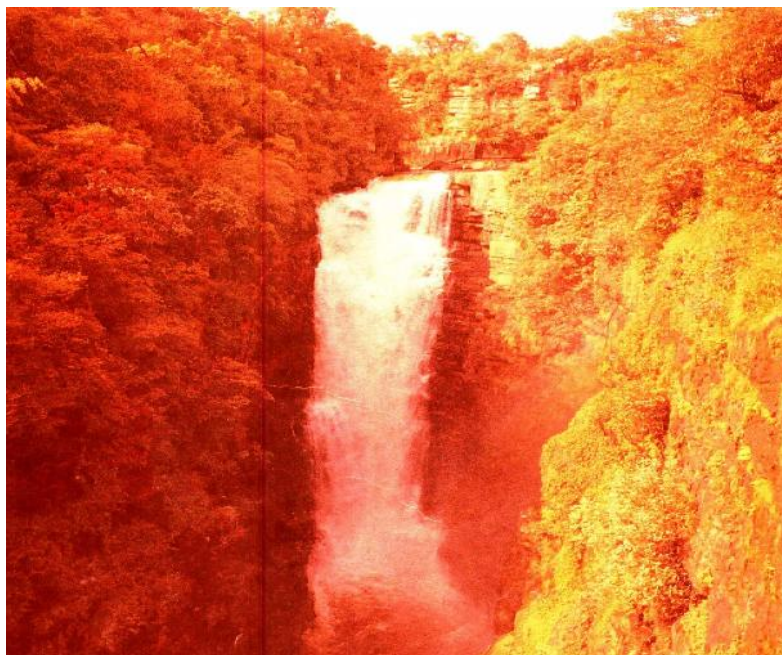
La Santé de la reproduction reconnaît à chaque guinéen, la liberté de déterminer la taille de sa famille en rapport avec le bien être familial, l'éducation et la santé pour tous ainsi que la protection des enfants et des personnes handicapées.

En matière d'éducation, l'objectif visé est de donner à tous les enfants, filles et garçons, les moyens d'achever le cycle complet d'études primaires. Cette amélioration de l'accès à l'éducation et de l'équité est un aspect fondamental de la politique éducative qui vise l'atteinte des objectifs 2 et 3 du millénaire pour le développement en 2015 (porter à 100% les taux bruts de scolarisation et d'achèvement au primaire ; éliminer les disparités de genre à tous les niveaux de l'enseignement) au niveau national.

En vue de faciliter à nos lecteurs une meilleure compréhension du thème central « population et développement », cette publication couvre de manière succincte les principaux domaines relatifs aux caractéristiques démographiques ; la situation socio

--économique à travers l'accès universel à une éducation de qualité, la mortalité maternelle; la planification familiale, la problématique de l'insertion socioprofessionnelle des jeunes, l'environnement et le développement durable.

La Direction Nationale du Plan saisi cette occasion pour adresser ses sincères remerciements à la Banque Africaine de Développement (BAD) pour sa contribution financière à la réalisation du présent numéro.



Caractéristiques Sociodémographiques

Pour une meilleure connaissance de la situation démographique, plusieurs opérations de collecte d'informations ont été réalisées en Guinée dont entre autres : les enquêtes démographiques de 1954 et 1955, les recensements administratifs de 1962, 1967, 1972 et 1977.

Les recensements généraux de la population et de l'habitat de 1983 et de 1996 (RGPH) sont des opérations de collecte de grande envergure qui ont permis de déterminer l'effectif de la population, la taille et la structure des ménages ainsi que d'autres indicateurs jusqu'alors méconnus (natalité, fécondité, nuptialité, mortalité...).

Ces recensements ont été suivis des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1992, 1999, 2005 et 2012, de l'enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages avec module budget de consommation (EIBC) 1994-1995), du questionnaire des indicateurs de base pour le bien être (QUIBB) 2003 de l'enquête à indicateurs multiples (MICS) 1996 et 2003, de l'enquête intégrée de base pour l'évaluation de la pauvreté (EIBEP) 2003, de l'enquête légère sur l'évaluation de la pauvreté (l'ELEP) 2008 et 2012.

Etat de la population :

La répartition de la population sur le territoire constitue un élément central des décisions d'implantation des services et des infrastructures socioéconomiques de base, mais aussi et surtout de la gestion administrative. En Guinée, la population est estimée à 11,3 millions en 2012 et est constituée en majorité de femmes (52%) et de jeunes (44%).

Cette population est inégalement répartie entre les régions naturelles du pays: Basse Guinée (20,4%), Moyenne Guinée (22,9%), Haute Guinée (19,7%), Guinée Forestière (21,7%), et la zone spéciale de Conakry qui abrite (15,3%) de la population totale.

Sous l'influence de l'accroissement de l'effectif global de la population, la densité globale du pays a connu une progression importante entre 1983 et 1996, passant de 19 à 29 habitants au km². Cette variation est le résultat du fort accroissement démographique enregistré par le pays au cours de la période. Mais le niveau général de peuplement du pays reste globalement faible, comparé à celui de certains pays de l'Afrique subsaharienne, et compte tenu de ses immenses potentialités naturelles.

La Guinée est un pays essentiellement rural (70%), toutefois, la répartition de la population urbaine par région montre des disparités importantes. La capitale Conakry à elle seule abritait plus de la moitié (51,1%) de la population urbaine du pays en 1996, suivie de la Guinée forestière (16,1%) et de la Basse Guinée (15,4%). La moyenne Guinée et la Haute Guinée sont par contre les régions les moins urbanisées avec respectivement 7,2% et 10,2%.

L'examen de la structure de la population par groupe d'âge et sexe révèle au premier abord la prédominance de la population féminine à tous les âges. La population guinéenne a une structure par âge très jeune, caractéristique des pays connaissant une croissance démographique rapide. Cette structure expansive est la conséquence de taux de natalité élevé et constitue ainsi une « locomotive » démographique qui entraîne la croissance soutenue de la population. Cette jeunesse de la population est une garantie que la population guinéenne continuera de s'accroître, même lorsque la fécondité aura entamé une baisse irréversible.

Dynamique démographique

La croissance de la population résulte de l'interaction entre trois phénomènes : La natalité/fécondité, la mortalité et la migration. Les résultats des différentes opérations statistiques indiquent que la population de la Guinée croît de façon régulière. De 1955 à 1983, l'effectif de la population est passé de 2 650 000 habitants à 4 660 582 habitants, soit un accroissement de plus de 54% en 13 ans. Cette accélération de la croissance démographique, surtout après 1983, résulte essentiellement d'un bilan naturel élevé (baisse de la mortalité conjuguée avec le maintien d'une fécondité).

Sur la base du taux d'accroissement annuel moyen de 3,1% entre les recensements de 1983 et 1996, la population totale est passée de 9,7 millions habitants en 2007 à environ 11,3 millions habitants en 2012, (équivalant à un doublement tous les 25ans).

Le taux de croissance démographique reste préoccupant et préjudiciable au développement économique du pays, car il entraîne une forte de-

mande sociale (notamment dans les secteurs de l'éducation, de la santé, du logement, de l'emploi et du transport) à laquelle les politiques sociales doivent répondre.

Natalité/Fécondité

La fécondité est sans doute la variable la plus importante mais aussi la plus complexe dans l'explication de la dynamique de la population. C'est pourquoi elle constitue souvent un volet essentiel des politiques démographiques.

De 2005 à 2012 le Taux de natalité a connu une diminution remarquable de 38 pour 1000 (EDSIII2005) contre 34 pour 1000 (EDSIV 2012) ; un taux de fécondité général de 174 pour 1000 en 2012 ; un indice de fécondité 5,1 enfants par femme inférieur à celui de 2005 qui était de 5,7.

L'examen de ces indicateurs selon le milieu de résidence montre que le taux de natalité est beaucoup plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (36,1 pour 1000 contre 29,4 pour 1000) ; le taux global de fécondité est aussi plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (200 pour 1000 contre 130 pour 1000) ; quant à l'indice de fécondité il est de 5,8 enfants (rural) contre 3,8 (urbain).

Par ailleurs, les maternités sont étalées de 15 à 49 ans ; pour les désirs d'enfants, par rapport à 2005, on relève une hausse de la proportion des femmes qui souhaitent espacer la prochaine naissance (32 pour 100 à 40 pour 100).

Parmi les femmes en union, on remarque que la proportion de celles qui utilisent des méthodes contraceptives modernes a baissé, passant de 5,7% en 2005 à 4,6% en 2012. Cependant la proportion qui utilise des méthodes durables (injectables, implant, DIU) a augmenté par rapport à 2005.

Mortalité

La mortalité est la seconde composante de l'accroissement naturel d'une population. C'est donc une variable dont l'analyse est indispensable pour appréhender les dynamiques démographiques d'un pays. La mortalité générale depuis les années 1950 connaît une baisse continue. Le taux brut de mortalité (TBM), qui était de 40‰ en 1955, a diminué à 18‰ en 1983, puis à 14,2‰ en 1996. Les perspectives démographiques ont estimé ce taux en 2010 à 10,7‰. L'espérance de vie à la naissance est passée de 27 ans en 1955 à 45 ans en 1983 pour atteindre 54 ans en 1996, un doublement en 41 ans. Le prochain Recensement Général de la population et de l'habitation (RGPH) en cours de préparation va renseigner sur l'espérance de vie à la naissance, qui est l'un des principaux indicateurs d'impact du système de santé.

Migration

La migration constitue la troisième variable de la dynamique d'une population, après la natalité et la mortalité. Les mouvements migratoires influent sur la répartition spatiale de la population et dans la majorité des cas. D'où la nécessité de la prise en compte de la migration dans toute politique de développement en général et démographique en particulier.

Les premiers mouvements migratoires importants en guinée semblent remonter à l'indépendance du pays, en 1958. Le changement politique intervenu en 1984, a marqué l'avènement d'un nouveau régime caractérisé par le libéralisme économique et la démocratisation de la vie publique. Ce fait marquant a favorisé le retour de nombreux guinéens qui vivaient à l'étranger et a renforcé la mobilité interne des populations. Les migrations en guinée, quoique touchant en grande partie des guinéens, ont été considérablement influencées par les conflits sociopolitiques des années 1990 enregistrés au Liberia et en Sierra Leone, et plus récemment en Côte d'Ivoire au début des années 2000. Du coup, la région frontalière à ses pays (la guinée forestière) a enregistré un flux important de réfugiés venants de ces pays.

Les données du RGPH de 1996 montrent que la migration touche essentiellement les individus de 5-45 ans en général, mais de façon plus importante ceux de 20-45 ans, traduisant ainsi le fait que la migration concerne essentiellement les adultes. Les raisons sont diverses et varient en fonction de l'âge : confiage et scolarité pour les jeunes, emploi et amélioration des conditions de vie, nuptialité entre autres chez les adultes.

La croissance de la population résulte de l'interaction entre trois phénomènes : La natalité/fécondité, la mortalité et la migration.

De 1983 à 1996, la proportion des migrants (durée de vie) est passée de 15,4% à 14,5%. Le fait que ces deux proportions soient proches l'une de l'autre traduit, sous certaines réserves, une faiblesse relative de la mobilité interne en guinée.

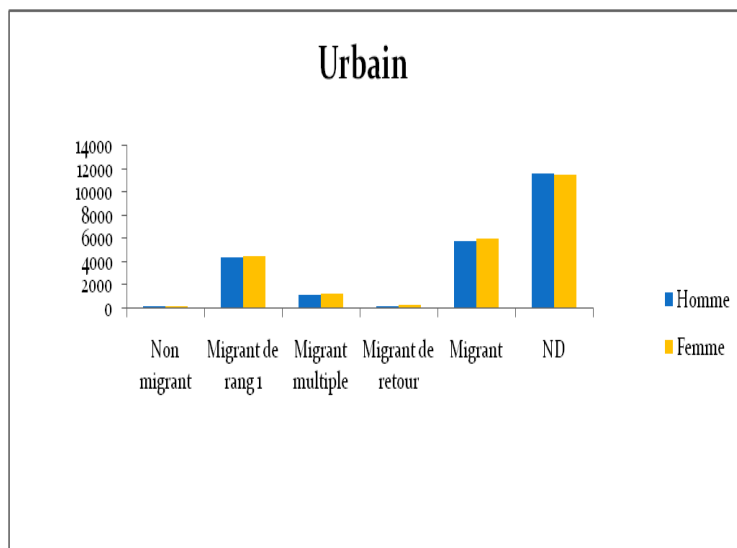
Notons que la mobilité interne en guinée a conduit à un déséquilibre démographique régional important ainsi qu'à un vieillissement et une féminisation des régions d'émigration nette que sont la moyenne guinée et la haute guinée. Les villes connaissent un essor sans précédent, ce qui a pour conséquence l'aggravation des problèmes sociaux et économiques.

Selon les résultats de l'Enquête Intégrée de Base pour l'Évaluation de la Pauvreté (EIBEP), en 2003, plus d'un ménage guinéen sur trois (36,1%) a reçu un transfert. La Moyenne guinée et la Basse guinée enregistrent les proportions les plus élevées de ménages ayant reçu (51,8% et 44,1% respectivement).

La migration de ce point de vue, contribue de manière non négligeable, au développement socioéconomique. Toutefois, l'évaluation de cette contribution au processus de développement socioéconomique est difficile à faire sans données fiables sur le phénomène, comme c'est le cas en guinée.

L'exploration des données du RGPH III pilote montre que le statut migratoire des individus se résume comme suit : Selon la migration durée de vie, 22% des résidents sont des migrants internes durée de vie et 3.24% des résidents sont nés à l'étranger. On note l'importance de la stabilité résidentielle (74%). Selon la dernière migration, environ 20% des résidents sont des migrants internes.

Dans l'ensemble, le milieu urbain demeure la principale destination des migrants. Ratoma et Matam regroupent plus d'immigrants que les autres préfectures.



Perspectives démographiques

La population de la Guinée sur la base de son évolution récente, est estimée à 10,8 millions d'habitants à la mi 2010 et 12 millions d'habitants à la mi 2015 pour atteindre 13,7 millions d'habitants à la mi 2020. Comme en 1996, la population urbaine représenterait toujours 30% environ de la population totale, mais son effectif passerait de 2 117 579 à 3 580 800 habitants entre 1996 et 2015 et à 4 119 900 en 2020. La population rurale qui était de 4 941 017 en 1996 serait de 8 355 200 en 2015 et de 9 613 100 en 2020. L'effectif de la population féminine en âge de procréer sera multiplié par 1,4 entre 2010 et 2020 pour atteindre 3,21 millions.

Le trait le plus marquant de l'évolution prévue de la population est sans doute son extrême jeunesse. La population âgée de moins de 15 ans qui était de 45,6 %

en 1996 régresserait seulement de 2,6 points sur la période de 20 ans en 2015. La population des enfants vulnérables (0-4 ans) sera multipliée par 1,3 en l'espace de 10 ans soit 2,152 millions en 2020.

Le poids de la population âgée (65ans ou plus) ne connaîtra pas beaucoup de changements en termes de proportion. Par contre, son effectif qui était de 321 557 en 1996 devrait passer à 406 000 en 2015 pour atteindre 492 000 en 2020.

Enfin, la population en âge de travailler (15-64 ans) dont le poids est actuellement estimé à 54% représentera toujours plus de la moitié de la population totale. Ces effectifs importants pourraient poser des défis énormes en termes de prise en charge.

Mortalité Maternelle

AUCUNE FEMME NE DOIT PLUS MOURIR EN GUINÉE EN DONNANT LA VIE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1 000 femmes meurent chaque jour dans le monde suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. La majeure partie (près de 99%) de ces décès se produit dans des pays en développement en particulier ceux de l'Afrique subsaharienne. Dans ces pays en développement, les femmes ont en moyenne beaucoup plus de grossesses que dans les pays développés et le risque de mourir du fait d'une grossesse au cours de leur vie est par conséquent plus élevé. Le ratio en Afrique est estimé à 500 décès maternels en moyenne pour 100 000 naissances vivantes en 2011. L'Afrique subsaharienne contribue pour plus de la moitié au nombre total de décès maternels enregistré dans le monde.

Actuellement dans la région Africaine, seulement 47% des femmes accouchent avec l'assistance d'un personnel qualifié. Le risque de décès en période de procréation y est de 1/39 contre 1/3800 dans les pays développés.

En Guinée, le secteur de la santé connaît des insuffisances dues à la rareté des ressources humaines, matérielles et financières. Cette situation explique les niveaux élevés des taux de mortalité maternelle et néonatale (980

pour 100 000 naissances vivantes en 2005) et les tendances observées situent le pays en dessous de la moyenne de l'ensemble de l'Afrique. Ce niveau interpelle tous : communautés, décideurs, acteurs et partenaires au développement. Le pourcentage d'accouchement assisté a évolué de 38.5% en 2005 (EDSIII) à 46.1% en 2008 (MICS 2008). Sous le poids de nombreux facteurs, la majorité des accouchements se fait à domicile (environ 60% des accouchements), avec le concours des accoucheuses villageoises formées et cela n'est pas sans interférence sur la tragédie de mourir en donnant la vie.

Les principales causes de la mortalité maternelle peuvent être classées en causes directes (ruptures utérines, éclampsies, avortements compliqués, hémorragies...);

sous jacentes (paludisme, malnutrition de la femme avant ou pendant sa grossesse, faible utilisation des services de planification familiale ; et profondes (enclavement des zones rurales, insuffisance d'assurance maladie/sécurité sociale, pesanteurs socioculturelles).

Face à cette situation préoccupante, le gouvernement à travers l'appui constant des partenaires au développement particulièrement L'UNFPA a orienté particulièrement ses actions sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile à travers la mise en œuvre de la gratuité des soins obstétricaux dans tout le pays avec des mesures d'accompagnement comme la dotation de toutes les structures du pays en kits d'accouchement et kits de césariennes ; le renforcement du suivi de la grossesse et de l'accouchement par la mise en œuvre de la consultation prénatale recentrée dans toutes les formations sanitaires ; le renforcement de compétences des agents de santé en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU); l'intégration de la planification familiale dans les structures de santé et au niveau communautaire ; l'introduc-

tion des méthodes contraceptives de longues durées d'action dans les services de PF ; l'intégration de la prévention de la transmission de la mère-enfant (PTME) du VIH dans 158 Centres de santé sur 410 prévus ; la vaccination des femmes enceintes et des enfants de 0-5 ans. ; la lutte contre les mutilations génitales féminines. Rappelons que pour réduire la mortalité maternelle et néo-natale il existe trois principales stratégies : La planification familiale, l'assistance à l'accouchement, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Pour le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique l'accent a été mis sur la troisième stratégie qui vise à améliorer les soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Guinée.

Pour ce faire, le gouvernement a procédé au lancement officiel de la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) en Janvier 2013.

La CARMMA est une initiative de l'Union Africaine qui a pour but de contribuer davantage à l'avancement du développement social dans le continent à travers un appui anticipé des efforts nationaux visant à réduire la mortalité maternelle.

L'objectif général visé par cette activité est d'accélérer la disponibilité et l'utilisation des services de santé de qualité, y compris ceux liés à la santé sexuelle et procréative qui sont essentielles, entre autres, pour la réduction de la mortalité maternelle.

Planification familiale

La planification familiale contribue à la réduction de la pauvreté. C'est un réel instrument de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, les grossesses précoces et non désirées. Elle permet aux femmes, après l'accouchement, de reprendre les forces, d'allaiter correctement les nouveaux nés. C'est pour dire qu'elle constitue une stratégie efficace de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale. Les autorités sanitaires ont élaboré un plan de repositionnement de la PF pour répondre aux nombreux défis qui empêchent l'effectivité de la planification familiale en Guinée.

En effet, les problèmes de financement, d'infrastructure, d'intrant et l'insuffisance de personnel de santé qualifié constituent aujourd'hui, les principaux défis que le Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique doit relever avec l'appui de ses partenaires de mise en œuvre. L'UNFPA appuie le Ministère de la Santé en matière d'élaboration des documents stratégiques, politiques et contribue à l'équipement des structures sanitaires en médicaments, matériels de SR et soutient le renforcement des capacités des agents de santé. Il fait partie aujourd'hui des partenaires clés en matière de planification familiale en Guinée.

Bien que les services de PF aient été intégrés dans les établissements de soins y compris dans tous les Centres de santé, l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes en union demeure toujours faible. Seulement 8,5% des femmes de 15-49 ans utilisent actuellement une méthode moderne ou méthode traditionnelle).

Bien que toujours faible (7%), la prévalence contraceptive moderne est restée stationnaire par rapport à 2005 (6,8%).

Parmi les femmes en union, on remarque que la proportion de celles qui utilisent une méthode moderne est passée de 5% en 2005 à 4,6% en 2012. Cependant la proportion des femmes qui utilisent des méthodes durables (injectables, implants, DIU) a augmenté par rapport à 2005. Certes la prévalence contraceptive a progressivement augmenté ces dernières années (passant de 1% en 1992 à 6% en 2005), elle reste cependant insuffisante par rapport aux objectifs. Selon l'EDS 2005, 21% des femmes en âge de procréer (dont 13% pour espacer et 8% pour limiter les naissances) ont exprimé des besoins non satisfaits en PF.

La faible prévalence contraceptive constatée est sans doute liée à de nombreux facteurs, dont entre autres, une insuffisance de personnel surtout en zone rurale avec une faible compétence à offrir des services de PF de qualité, une intégration sans nul doute insuffisante des services de PF notamment dans les cliniques privées et centres socioéducatifs, une faible capacité du système de distribution d'information logistique des contraceptifs et aux pesanteurs socioculturelles.

D'autre part, bien que de plus en plus de femmes connaissent les méthodes contraceptives, peu de femmes les utilisent.

Si les couples utilisaient effectivement la contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 30% ; Ce qui contribuerait à réduire de 20 à 30% les décès maternels et de 12 à 20% la mortalité infantile.

Selon l'Agence des Etats-Unis pour le Développement Industriel (USAID), la satisfaction des besoins non satisfaits de Planification Familiale dans neuf pays francophones de l'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Cote d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo), permettrait d'économiser plus de 182 millions de dollars sur les couts de la santé maternelle et infantile. En injectant ce montant dans la PF, environ 7 389 décès maternels et 557 627 décès infantiles pourraient être évités entre 2010 et 2020.

La promotion de la Planification Familiale dans les pays où le taux de natalité est élevé pourrait réduire la pauvreté et la faim et permettre d'éviter 32% de tous les décès maternels et près de 10% des décès d'enfants (John Cleland et collaborateurs).

Elle pourrait contribuer de façon substantielle à l'autonomisation des femmes, à l'augmentation du taux de scolarisation au primaire, à la prévention du VIH/SIDA (grâce à la double protection que procure le préservatif ou à la prévention des grossesses non planifiées par les femmes infectées), à la croissance économique (par un meilleur capital humain), bref, à un mieux être et une meilleure santé de la population.

Si la Planification familiale a contribué de façon significative à la réduction de la mortalité maternelle et infantile au cours de la deuxième moitié du vingtième siècle, la dernière décennie par contre a connu un ralentissement de plusieurs programmes nationaux de PF à travers le monde. Ce ralentissement a eu des effets dramatiques dans les Pays Moins Avancés (PMA) en l'occurrence en Afrique subsaharienne où les besoins non satisfaits sont élevés en matière de PF. La Guinée fait partie de ces pays avec une prévalence contraceptive moderne estimée à 6% et un besoin non satisfait en PF de 21,2% ;

L'accès aux services de planification familiale (et aux autres composantes de la santé reproductive) demeure fondamentale pour l'atteinte de la plupart des OMD (4 et 5).

Education

L'éducation est la variable qui a l'une des plus fortes



corrélations avec le niveau de pauvreté monétaire ; et dans la mesure où les individus sortent du système avec un niveau d'instruction qui leur permet d'améliorer leur niveau de vie dans le futur.

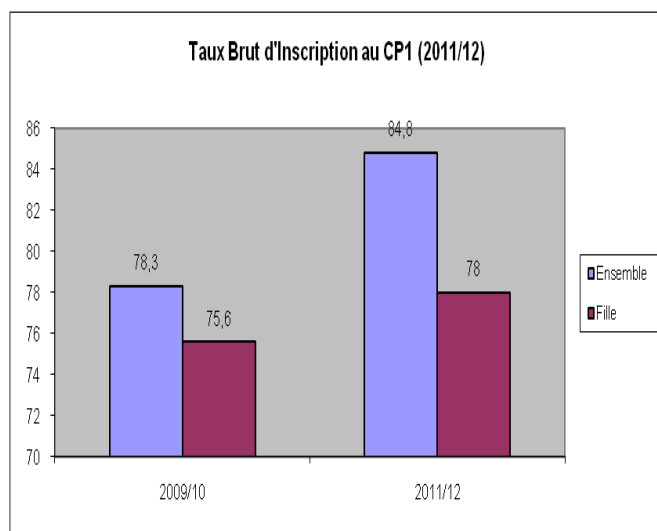
La lettre de politique du système éducatif guinéen élaborée en juin 2007 s'inspire de la Déclaration de Politique éducative de 1989 ; du Document de Stra-

tégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) de 2002 ; des recommandations des conférences mondiales de l'éducation (Jomtien 1990, Dakar 2000, Paris 2005) ; de la déclaration des Objectifs du Millénaire pour le Développement OMD. Elle tient également compte des leçons tirées de la première phase du Programme Education pour Tous (PEPT) et des recommandations issues du rapport sur le système éducatif national de 2005. L'une de ses options stratégiques porte sur la confortation des progrès de l'éducation de base par l'amélioration de la couverture et de la rétention, de la qualité des apprentissages et la correction des disparités à tous les niveaux.

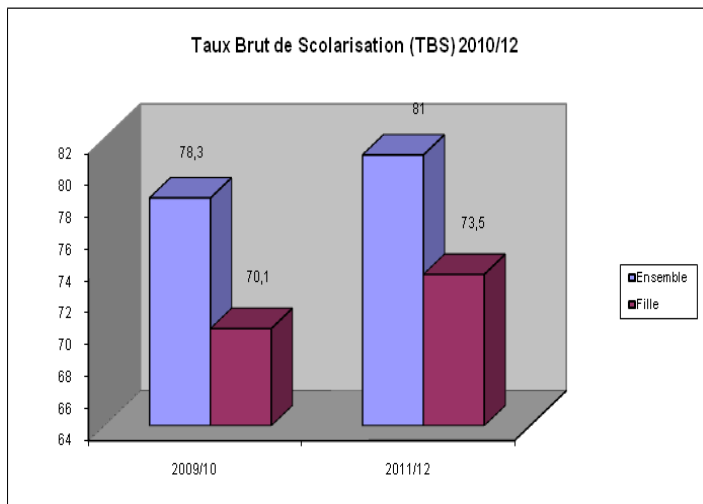
Accès et Equité :

Le taux brut d'accès au primaire a connu une

nette augmentation, passant de 78,3% en 2009/2010 à 83,2% en 2010/2011 et 84,8% 2011/2012 (soit un accroissement de 1,6 point entre 2011 et 2012). Cette augmentation est forte chez les filles pour la même période (75,6% et 78%).



Le Taux Brut de Scolarisation au primaire (TBS) est également en hausse passant de 78,3% en 2009/2010 à 80% en 2010/11 et 81% en 2012. Celui des filles est passé de 70,1% à 73,5.



Le nombre de salles de classe au primaire a augmenté de 2 049 salles, passant de 33 755 en 2009/2010 à 35 804 en 2011/2012. L'effectif total des élèves du primaire est passé de 1 453 355 à 1 536 722 (dont 725 543 filles) et à 1 599 839 (dont 135 660 filles) en 2011/2012 soit respectivement une augmentation de 83 367 et 63 117 élèves entre 2010 et 2012.

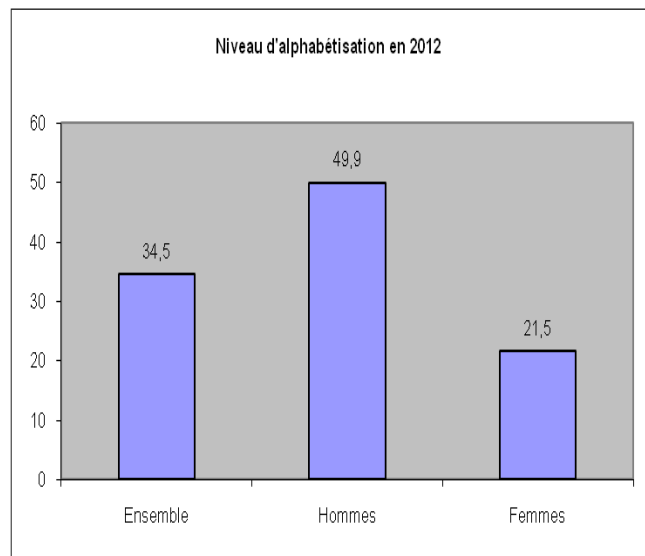
Alphabétisation,

L'alphabétisation est importante dans la vie de tous les jours, pour gérer les relations avec les services publics par exemple. Le niveau d'alphabétisation est encore faible, avec de grandes disparités entre hommes et femmes. Seule une personne sur trois âgée de plus de 15 ans est alphabétisée et le rapport du taux d'alphabétisation des hommes sur celui des femmes est de 2. En matière d'alphabétisation, il ya un double problème pour atteindre cet OMD, d'abord améliorer le niveau de l'ensemble de la population et travailler sur le rattrapage des hommes par les femmes.

Selon l'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP) de 2008, le taux d'alphabétisation est de 34,5% pour l'ensemble contre 49,9% et 21,5% respectivement pour les hommes et les femmes.

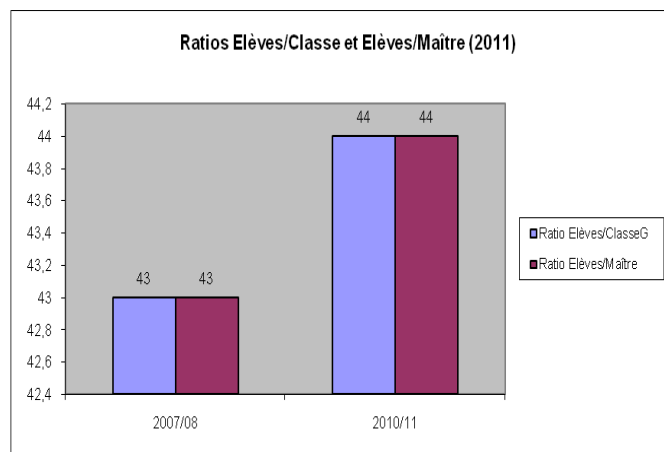
Dans les régions, à part Conakry qui enregistre un taux de 64,6%, les niveaux atteints dans toutes les

autres sont en dessous de 36% avec un accent particulier sur Kankan qui n'enregistre que 12,9%.

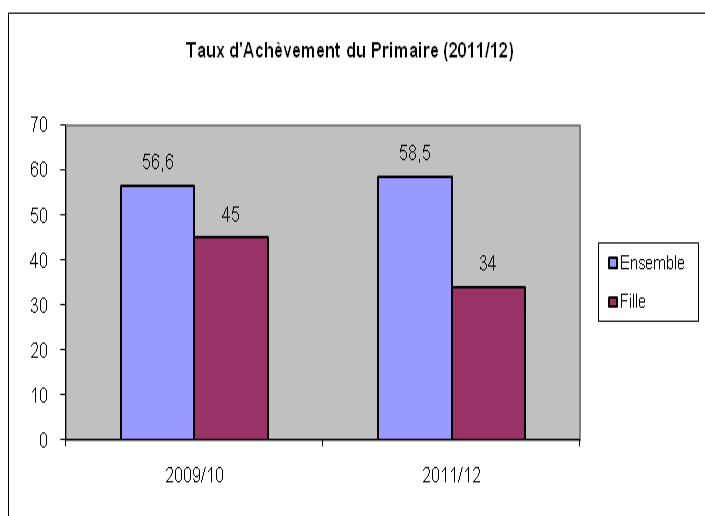


Qualité :

Le ratio élèves/classe est passé de 43 à 44 élèves par classe entre 2007 et 2011 au primaire. Au secondaire, il a connu une légère régression, passant de 69 à 68 élèves. S'agissant du ratio élèves/maître, il a évolué aussi de 43 à 44 élèves. Quant au secondaire, il est passé de 35 à 34 élèves.



Le taux d'achèvement du cycle primaire s'est amélioré, passant de 56,6% en 2009/2010 à 58% en 2010/2011 et 58,5 en 2011/2012. Chez les filles, ce taux est de 32% et 34% entre 2011 et 2012 contre 45% en 2009/2010, soit une baisse de 13 et 11 point respectivement.



Le Taux de redoublement a connu une baisse, passant de 15,9% à 12,6%. Malgré cette baisse du taux de redoublement, celui-ci reste encore important eu égard à la mise en application des mécanismes visant à régulariser le flux entre les différents paliers du système éducatif notamment par la réduction du taux de transition du primaire au collège et du collège au lycée à travers l'introduction d'une formation professionnelle de courte durée à la fin des deux cycles.

Niveau atteint par rapport aux OMD

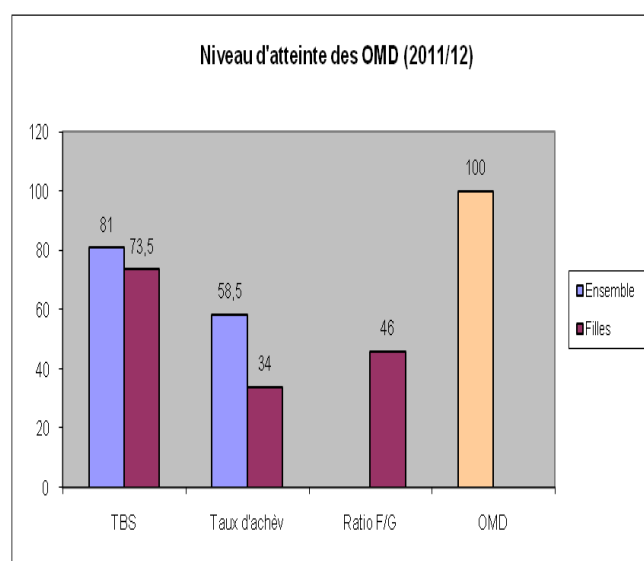
Le niveau atteint par le TBS (81%) est relativement satisfaisant. Cependant il existe des disparités entre zones et régions.

Par contre, le taux d'achèvement du primaire (58,5% pour l'ensemble et 34% chez les filles) et le ratio Filles/Garçons (46 filles pour 100 garçons en 2012) sont peu encourageants, ce qui nécessite assez d'efforts supplémentaires surtout en faveur des filles pour l'atteinte des OMD en 2015. Le Taux de redoublement a connu une baisse, passant de 15,9% à 12,6%. Malgré cette baisse du taux de redoublement, celui-ci reste encore important eu égard à la mise en application des mécanismes visant à régulariser le flux entre les différents paliers du système éducatif notamment par la réduction du taux de transition du primaire au collège et du collège au lycée à travers l'introduction d'une formation professionnelle de courte durée à la fin des deux cycles.

Niveau atteint par rapport aux OMD

Le niveau atteint par le TBS (81%) est relativement satisfaisant. Cependant il existe des disparités entre zones et régions.

Par contre, le taux d'achèvement du primaire (58,5% pour l'ensemble et 34% chez les filles) et le ratio Filles/Garçons (46 filles pour 100 garçons en 2012) sont peu encourageants, ce qui nécessite assez d'efforts supplémentaires surtout en faveur des filles pour l'atteinte des OMD en 2015.



Jeunesse et emploi

IL n'existe pas des statistiques actualisées fiables sur le chômage ; le taux officiel est de 3% (enquête QUIBB 2008 sur les ménages). Des différentes études et enquêtes réalisées sur le chômage des jeunes, il ressort quelques indications susceptibles de donner une idée de la pression dans ce domaine et l'urgence des mesures qui s'imposent.

La plupart des études s'accordent sur le fait que chaque année, environ 200 000 jeunes arrivent sur le marché du travail. Le manque d'emploi et les conditions précaires de travail affectent la vie de tout individu et des jeunes en particulier. Les jeunes sans emploi ne contribuent pas aux bien être économique du pays.

Le chômage entraîne des coûts pour l'économie, la société, la famille, le ménage et l'individu, ce qui se traduit par une baisse de l'épargne et une menace pour la paix sociale.

Pour faire face ainsi à la crise d'emploi et à la précarité des conditions de vie et de travail qui affectent prioritairement les jeunes (environ 7.13% de la population de la sous région de l'union du fleuve Mano-UFM a moins de 30 ans), le gouvernement Guinéen a élaboré en 2007, un programme d'appui à l'emploi des jeunes dénommé PEJ. Conçu pour une durée de trois ans (2008-2011), le PEJ comprend 14 projets repartis au sein de quatre composantes opérationnelles : l'amélioration de l'employabilité des jeunes, la promotion de l'entreprenariat des jeunes, la promotion de l'emploi local décentralisé et la mise en place d'un système d'information efficace orienté vers l'emploi des jeunes.

En dépit d'un contexte politique agité et d'un environnement économique peu favorable, le PEJ a connu un niveau de mise en œuvre appréciable, notamment dans les domaines du renforcement des compétences des jeunes à travers les projets d'apprentissages modernisés, de volontariat et d'appui à la création d'entreprises par les jeunes ;

Les résultats bruts de ce programme se résultent au recrutement dans la fonction publique de 30 676 emplois permanents ; 6 038 emplois temporaires ;

7 312 ayant bénéficiés de formation d'amélioration de leur employabilité ; 6 183 entreprises créées par les jeunes ; 18 000 formés à l'entreprenariat ; 9 599 employés sur des chantiers appliquant les techniques de hautes intensités de main d'œuvre (HIMO).

Mais la mise en œuvre du PEJ a également souffert de quelques insuffisances. Certains projets n'ayant été exécutés qu'en partie à cause de l'instabilité institutionnelle qui n'a pas favorisé une coordination et un suivi régulier.

Le PEJ2 en cours intègre les initiatives du gouvernement de la troisième République relatives, notamment, à la promotion d'une politique inclusive de micro finance pour lutter efficacement contre la pauvreté et au développement de l'agriculture comme base de décollage économique du pays. Il prend en fin en compte des opportunités d'insertions des jeunes offertes par l'implantation attendue de nombreuses sociétés dans les secteurs des mines, de l'agriculture et des infrastructures, mais aussi les enjeux en termes d'adaptation des compétences des jeunes pour satisfaire les immenses besoins de main d'œuvre spécialisée qu'impose la nouvelle situation.

Un environnement salubre contribue à l'amélioration de l'état sanitaire de la population en général, des femmes et enfants en particulier.

Population / Environnement

Gestion des déchets solides et eaux usées domestiques

L'absence de traitement des déchets urbains constitue un véritable problème environnemental en milieu urbain, spécialement à Conakry. Selon plusieurs études la production moyenne de déchets atteint 0,606 kgs /jour et par habitant en milieu urbain. La gestion des déchets solides est un défi majeur pour la ville de Conakry qui rencontre d'énormes difficultés pour assumer correctement ce service. La ville est confrontée à une forte croissance de sa population, à une évolution des modes de consommation ; ce qui se traduit par une augmentation des volumes des déchets et par une plus forte proportion des plastiques, dans un contexte de pénurie de moyens humains, techniques et financiers (*Document cadre de gestion des déchets solides de la ville de Conakry*).

La mauvaise prestation des acteurs impliqués dans la gestion des déchets a engendré de nombreux dépôts

Cette situation dont les effets sont visibles par tous, engendre des nuisances importantes pour les habitants et a des conséquences néfastes sur la santé des populations, sur l'environnement et sur les ressources.

Le cycle de gestion des déchets se résume en trois étapes : la pré-collecte et la collecte par des petites et moyennes entreprises (PME), la gestion des points de regroupement et le transfert par le service public de transfert des déchets (SPTD) vers la décharge de la minière, seule décharge publique autorisée pour la ville de Conakry.

Le Balayage des voies et places publiques est assuré par des PME locales recrutées par voie d'appel d'offre et dont les prestations sont payées par le SPTD sur la base de relations contractualisées ; La collecte primaire est exécutée par des PME locales recrutées par voie d'appel d'offre. Les coûts liés à ce maillon sont supportés à 100% par les bénéficiaires des prestations ;

Le transport et la mise en décharge sont effectués par un Établissement Public Administratif (EPA) sur financement public ; La régulation du système est assurée par une Unité indépendante créée dans le cadre du 3^{ème} projet urbain (PDU3) sur financement IDA.

Évacuation des ordures ménagères

Selon les résultats de l'enquête « Questionnaire Unifié de Base pour le Bien être de la famille (QUIBB 2007) l'évacuation des ordures ménagères en Guinée se présente comme suit :



Répartition (en %) des ménages selon le mode d'évacuation des ordures ménagères

Caractéristiques socioéconomiques	Ramas-sage Privé	Pou-belle publique	Camion de ramassage	Inciné-ration	Enfouisse-ment	Nature	Autre	Evacuation saine or-dures
Ensemble	6,5	3,1	0,2	4,0	2,1	82,6	1,4	6,7
Milieu de rési-dence								
Rural	0,3	0,2	0,0	2,1	2,2	93,9	1,3	0,3
Rural pauvre	0,5	0,4	0,0	3,0	3,5	91,7	1,0	0,5
Urbain	22,2	10,6	0,8	9,1	2,1	53,6	1,5	23,0
Urbain pauvre	12,9	10,6	1,6	8,7	4,6	59,8	1,7	14,6
Région								
Boké	0,5	3,6	0,6	0,8	1,4	92,6	0,6	1,1
Conakry	38,8	13,6	0,1	9,5	1,0	34,7	2,4	38,8
Faranah	0,4	0,6	0,0	0,6	0,2	97,6	0,5	0,4
Kankan	1,6	1,2	0,0	11,7	7,8	76,5	1,1	1,6
Kindia	0,9	1,2	0,9	0,6	0,6	94,7	1,2	1,8
Labé	0,1	0,1	0,0	0,4	0,8	98,4	0,2	0,1
Mamou	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	96,8	3,0	0,1
N'Zérékoré	0,1	1,5	0,0	5,5	4,3	86,8	1,8	0,1
Taille du ménage								
1-2	5,3	5,4	0,0	3,7	0,2	83,6	1,7	5,3
3-4	4,1	1,7	0,3	2,3	1,4	88,6	1,7	4,4
5-6	5,0	2,9	0,3	2,8	1,3	86,4	1,2	5,3
7+	8,2	3,6	0,1	5,4	3,1	78,2	1,4	8,4
Groupe socio-économique								
Salarié public	21,2	8,7	0,7	6,7	1,7	59,6	1,3	21,9
Salarié privé	23,3	10,1	1,4	7,5	2,3	53,2	2,1	24,7
Employeur	13,4	16,3	0,0	6,0	4,5	59,9	0,0	13,4
TCP agricole	0,4	0,4	0,0	2,5	2,3	92,9	1,5	0,4
TCP non agricole	11,6	5,7	0,4	6,1	1,7	73,6	1,0	12,0
Autres employés	0,0	0,0	0,0	0,0	13,8	86,2	0,0	0,0
Sans-emploi	11,9	5,8	0,1	4,6	1,5	74,3	1,8	12,0
Sexe du chef de ménage								
Masculin	6,5	3,2	0,2	4,2	2,3	82,3	1,3	6,7
Féminin	6,2	3,1	0,3	3,5	1,3	83,9	1,8	6,5

Source : /MEFP/DNS/QUIBB-2007

La gestion des ordures pose encore de sérieux problèmes. En effet, plus de huit ménages sur dix mettent les ordures dans la nature (82,6%). Même en milieu urbain la proportion atteint 53,6%. Plus de sept ménages sur dix du milieu urbain pauvre se débarrassent de leurs ordures en les incinérant ou en les mettant quelque part dans la nature. Au niveau régional, seules les régions de Conakry (34,7%) et Kankan (76,5%) enregistrent des proportions inférieures à la moyenne nationale. Les ménages qui enfouissent les ordures ou les incinèrent représentent 6,1%.

Environ un ménage sur dix (9,8%) bénéficie d'un service de ramassage ou utilise une poubelle publique pour se débarrasser des ordures ménagères. Cette pratique se rencontre en milieu urbain notamment ceux à Conakry où plus de la moitié des ménages évacuent leurs ordures à travers des services spécialisés.

L'évacuation saine des ordures est assurée pour seulement 6,7% des ménages. Le milieu urbain (23%) et la ville de Conakry (38,8%) comptent les proportions les plus élevées de ménages dont les ordures sont ramassées par un service spécialisé.

Évacuation des eaux usées domestiques

Répartition (en %) des ménages selon le mode d'évacuation des eaux usées

Caractéristiques socioéconomiques	Réseau d'égouts	Canal fermé	Canal à ciel ouvert	usées			Rue/ nature	Autre	Evacuation saine des eaux usées
				Cours d'eau	Trou creusé				
Ensemble	0,5	0,6	2,9	0,4	3,8	90,7	1,1	1,1	
Milieu de résidence									
Rural	0,0	0,0	0,2	0,3	1,9	96,4	1,1	0,0	
Rural pauvre	0,0	0,0	0,2	0,5	2,8	95,4	1,0	0,0	
Urbain	1,5	2,2	9,9	0,6	8,7	76,1	1,0	3,7	
Urbain pauvre	0,2	0,4	7,3	1,0	9,6	80,4	1,1	0,6	
Région									
Boké	0,6	1,3	0,6	1,3	0,7	94,5	1,0	1,9	
Conakry	2,2	2,8	15,9	0,9	9,2	67,9	1,1	5,0	
Faranah	0,0	0,0	0,2	0,1	0,4	98,7	0,6	0,0	
Kankan	0,0	0,2	1,1	0,1	9,1	88,3	1,1	0,2	
Kindia	0,0	0,0	0,2	0,4	1,3	96,7	1,4	0,0	
Labé	0,3	0,0	0,1	0,0	0,8	98,8	0,0	0,3	
Mamou	0,0	0,3	1,3	0,0	0,0	96,6	1,7	0,3	
N'Zérékoré	0,0	0,0	0,4	0,0	5,3	92,6	1,7	0,0	
Taille du ménage									
1-2	0,9	1,1	2,4	0,4	1,3	93,9	0,0	1,9	
3-4	0,5	0,3	1,4	0,5	2,2	93,8	1,3	0,8	
5-6	0,5	0,4	2,3	0,3	2,9	92,4	1,1	0,9	
7+	0,4	0,8	3,8	0,3	5,1	88,4	1,2	1,2	
Groupe socio-économique									
Salarié public	1,8	2,1	10,5	0,7	9,5	74,9	0,5	3,9	
Salarié privé	1,8	5,6	8,1	1,0	5,2	76,8	1,5	7,4	
Employeur	2,5	2,1	8,5	0,0	4,5	82,4	0,0	4,6	
TCP agricole	0,0	0,0	0,2	0,3	2,3	95,7	1,5	0,0	
TCP non agricole	0,5	0,7	4,8	0,3	5,8	87,3	0,5	1,3	
Autres employés	0,0	1,1	1,7	0,0	0,0	97,3	0,0	1,1	
Sans-emploi	1,2	0,6	6,2	0,5	4,0	86,8	0,7	1,8	
Sexe du chef de ménage									
Masculin	0,4	0,6	2,8	0,3	3,8	90,8	1,2	1,0	
Féminin	0,6	0,6	3,2	0,4	3,8	90,4	0,9	1,2	

Source : /MEFP/DNS/QUIBB-2007

Plus de neuf ménages sur dix font recours à la rue ou à la nature (90,7%) pour se débarrasser des eaux usées. Ce mode est employé par plus de trois ménages sur quatre même en milieu urbain (76,1%). En milieu urbain pauvre, ce ratio atteint 80,4%

S'agissant de cette pratique, on constate au niveau régional que seules les régions de Conakry (67,9%) et Kankan (88,3%) enregistrent des ratios inférieurs à la moyenne nationale.

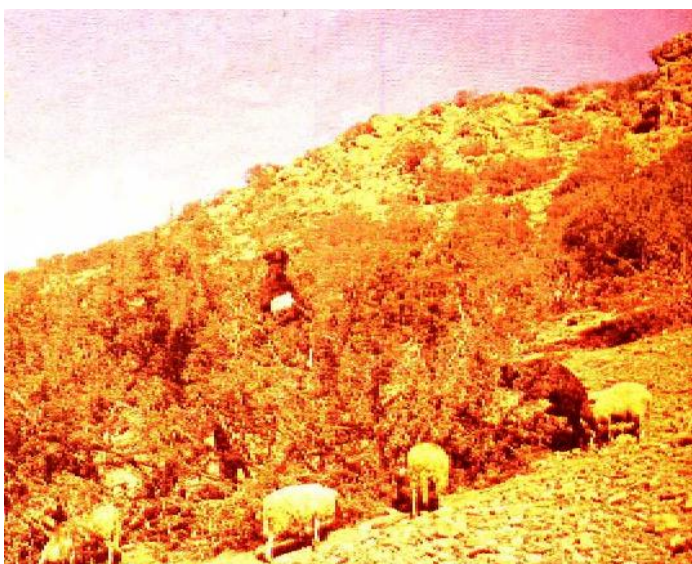
Les ménages qui se servent de trous creusés représentent 3,8% et 2,9% des ménages jettent les eaux usées dans des canaux à ciel ouvert.

En raison de la rareté voire le manque d'un réseau d'égouts, seulement 1,1% des ménages ont accès.

A une évacuation saine des eaux usées.

Les pratiques néfastes : (les feux de brousse ; la déforestation)

Pour leur survie, les populations de plus en plus nombreuses et pauvres exercent une forte pression sur les ressources naturelles ; celles-ci s'épuisant rapidement entraînent de graves déséquilibres dans les écosystèmes.



La déforestation et la désertification sont les manifestations les plus visibles de l'impact de la pression démographique sur le milieu naturel. Les conséquences qui en découlent sont nombreuses : perte de biodiversité, perturbation climatique, érosion et dégradation des sols, assèchement des bassins versants, réduction des superficies cultivables entraî-

nant les mouvements de populations à la recherche de nouvelles terres.

La Guinée connaît une situation de dégradation progressive de son écosystème créant ainsi un déséquilibre entre les ressources naturelles et la population.



Selon le rapport Général du conseil économique et social (CES) de 2002, on estime à 86 000 ha la superficie de forêt tropicale guinéenne perdue chaque année sur un total de près de 6 692 000 ha estimés en 1990.

Cette dégradation de l'environnement est entretenue par les mauvaises pratiques culturelles, les feux de brousse pratiqués dans toutes les régions du pays particulièrement en Haute Guinée et en Guinée forestière, la coupe abusive du bois et l'exploitation minière.

Atteinte des objectifs du Plan d'Actions de la conférence Internationale sur la Population et le Développement (PA/CIPD)

Dans le but de contribuer à l'atteinte des objectifs de la politique nationale de population, le programme population et développement a été mis en place. Sa mise en œuvre a permis d'atteindre les produits/projets sur les données sociodémographiques et des données désagrégées sur la santé reproductive et le renforcement des capacités dans l'utilisation des données.

Ce dernier produit a eu comme principale activité, l'élaboration d'un répertoire des institutions et autres ressources nationales spécialisées dans les études et recherche en matière de population et développement. Cette étude qui fournit la liste exhaustive des personnes et des institutions spécialisées au niveau national sur les questions de Population et Développement constitue un outil important au service d'une part, des partenaires du programme et d'autre part, des structures impliquées en général dans les programmes visant l'amélioration des conditions de vie de la population. La deuxième activité de recherche a porté sur la réalisation de l'étude situationnelle sur les besoins et préoccupations des jeunes et adolescents de Guinée qui a permis de disposer d'informations actuelles et fiables sur le groupe cible en relation avec les questions relatives à la population, au genre et à la SR. Ces résultats sont actuellement exploités pour l'élaboration de la politique nationale de la jeunesse et serviront à coup sûr au développement de stratégies pertinentes de réponse aux besoins des jeunes et adolescents surtout dans le domaine de la Santé de la reproduction.

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du Plan d'Actions de la conférence Internationale sur la Population et le Développement (PA/CIPD) deux ateliers régionaux ont été organisés à Kindia et Faranah sur le niveau de réalisation des recommandations de la CIPD en Guinée. Ces ateliers ont permis de constater que 71 des 103 recommandations de la CIPD+15 sont déjà appliquées ou en cours d'application. Les 32 autres se répartissent entre celles qui ne sont pas pertinentes pour le pays ou ne sont plutôt plus d'actualité en Guinée.

