

STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2008-2013

GUINEE



STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS

2008–2013

GUINÉE

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2008–2013 Guinée

1. Planification santé
2. Mise en œuvre du plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération Internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

ISBN: 978 929 031 1218 (NLM Classification: WA 540 HG66)

©Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

SOMMAIRE

| | |
|--|------------|
| Abreviations | iv |
| Préface | vii |
| Résumé | ix |
| SECTION 1 INTRODUCTION | 1 |
| SECTION 2 DÉFIS NATIONAUX LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT | 3 |
| 2.1 Profil pays | 3 |
| 2.2 Profil sanitaire | 4 |
| 2.3 Défis de la précédente Stratégie de Coopération | 8 |
| 2.4 Bilan de la période précédente | 9 |
| 2.5 Défis actuels | 12 |
| SECTION 3 AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIAT | 14 |
| 3.1 Tendances générales de l'aide à la santé | 14 |
| 3.2 Principaux partenaires et domaines d'intervention, dans le secteur de la santé (voir tableau récapitulatif en annexe) | 14 |
| 3.3 Mécanismes et instruments de coordination | 19 |
| SECTION 4 CADRE STRATÉGIQUE DE L'OMS : ORIENTATIONS GLOBALES ET RÉGIONALES | 11 |
| 4.1 But et mission | 21 |
| 4.2 Fonctions essentielles | 21 |
| 4.3 Nouvelles méthodes de travail | 22 |
| 4.4 Programme mondial d'action sanitaire | 22 |
| 4.5 Priorités au niveau mondial | 22 |
| 4.6 Priorités au niveau régional | 24 |
| 4.7 Renforcement de l'efficacité de l'action de l'OMS, au niveau des pays | 24 |
| SECTION 5 COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS | 25 |
| 5.1 Centre d'intérêt du plan stratégique de l'OMS, à moyen terme | 25 |
| 5.2 Interventions de l'OMS, dans le pays | 25 |
| 5.3 Appui de l'Equipe Inter-pays, du Bureau régional et du Siège | 27 |
| SECTION 6 PROGRAMME STRATÉGIQUE : PRIORITÉS RETENUES POUR LA COOPÉRATION DE L'OMS, AVEC LA GUINÉE | 28 |
| 6.1 Changement dans les directions générales | 28 |
| 6.2 Objectifs | 28 |
| 6.3 Composantes du Programme stratégique | 29 |
| SECTION 7 MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATÉGIQUE | 34 |
| 7.1 Responsabilités du Bureau pays | 34 |
| 7.2 Responsabilités du Bureau régional et du Siège: | 35 |
| SECTION 8 MÉCANISME DE SUIVI ET ÉVALUATION | 36 |
| CONCLUSION | 37 |
| ANNEXES : TABLEAU SYNTHÈSE : CONTRIBUTIONS FINANCIÈRES DES PARTENAIRES | 38 |
| RÉFÉRENCES | 40 |

ABRÉVIATIONS

| | | |
|--------|---|--|
| AFD | : | Agence Française de Développement |
| APSR | : | Approche Pratique en Santé Respiratoire |
| BAD | : | Banque Africaine de Développement |
| BCRG | : | Banque Centrale de la République de Guinée |
| BM | : | Banque Mondiale |
| CANUD | : | Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) |
| CCIA | : | Comité de Coordination Inter Agences |
| CHU | : | Centre Hospitalier Universitaire |
| CIDMEF | : | Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française |
| CMC | : | Centre Médical de Commune |
| CNLS | : | Comité National de Lutte contre le SIDA |
| CNTS | : | Centre National de Transfusion Sanguine |
| CRD | : | Communauté Rurale de Développement |
| CS | : | Centre de Santé |
| CTA | : | Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine |
| DCS | : | Direction Communale de la Santé |
| DNEHS | : | Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins |
| DPS | : | Direction Préfectorale de la Santé |
| DRS | : | Direction Régionale de la Santé |
| DSRP | : | Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté |
| EDS | : | Enquête Démographique et de Santé |
| EIBEP | : | Enquête Intégrée de Base de l'Évaluation de la Pauvreté |
| EPA | : | Établissement Public Autonome |
| FAD | : | Fonds Africain pour le Développement |
| FAO | : | Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture |
| FG | : | Franc Guinéen |
| FINEX | : | Financement Extérieur |
| FMI | : | Fonds Monétaire International |
| GAVI | : | Global Alliance for Vaccines and Immunization |
| GHP | : | Groupe d'Harmonisation des Programmes |
| GIC | : | Groupe d'Information et de Communication |
| GNF | : | Franc guinéen |
| GTZ | : | Coopération Technique Allemande |

| | | |
|------------|---|---|
| HCR | : | Haut Commissariat pour les Réfugiés |
| IDA | : | Association Internationale pour le Développement |
| IDH | : | Indice de Développement Humain |
| INSP | : | Institut National de Santé Publique |
| IPPTE | : | Initiative en faveur des Pays Pauvres très Endettés |
| IST | : | Infection Sexuellement Transmissible |
| MEF | : | Ministère de l'Économie et des Finances |
| MESRS | : | Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique |
| MGF | : | Mutilation Génitale Féminine |
| MII | : | Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide |
| MILDA | : | Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action |
| MSP | : | Ministère de la Santé Publique |
| NEPAD | : | Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique |
| OCP | : | Onchocerciasis Control Program |
| OMD | : | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | : | Organisation Mondiale de la Santé |
| OMT | : | Operational Management Team (Equipe de gestion des opérations) |
| ONG | : | Organisation Non Gouvernementale |
| ONU | : | Organisation des Nations Unies |
| ONUDI | : | Organisation des Nations Unies pour le Développement Industriel |
| ONUSIDA | : | Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| PAM | : | Programme Alimentaire Mondial |
| PCG | : | Pharmacie Centrale de Guinée |
| PCIME | : | Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant |
| PEV/SSP/ME | : | Programme Elargi de Vaccination/Soins de Santé primaires/Médicaments Essentiels |
| PF | : | Planification Familiale |
| PFA | : | Paralysie Flasque Aiguë |
| PMA | : | Paquet Minimum d'Activités |
| PMAC | : | Programme Minimum d'Activités Complémentaires |
| PNAE | : | Programme National d'Action pour l'Environnement |
| PNDS | : | Plan National de Développement Sanitaire |
| PNLAT | : | Programme National de Lutte Contre la Tuberculose |
| PNPCSP | : | Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention |
| PNUD | : | Programme des Nations Unies pour le Développement |
| PPTÉ | : | Pays Pauvres Très Endettés |
| PRDS | : | Plan Régional de Développement Sanitaire |
| PTME | : | Prévention de la Transmission Mère-Enfant |
| PVVIH | : | Personne Vivant avec le Virus du SIDA |

| | | |
|----------|---|---|
| SCP | : | Stratégie de Coopération, avec les Pays |
| SIMR | : | Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte |
| SMI | : | Santé Maternelle et Infantile |
| SNIS | : | Système National d'Informations Sanitaires |
| SOUB | : | Soins Obstétricaux d'Urgence de Base |
| SOUC | : | Soins Obstétricaux d'Urgence Complet |
| SR | : | Santé de la Reproduction |
| STEP | : | Approche STEPwise |
| THA | : | Trypanosomiase Humaine Africaine |
| TMN | : | Tétanos Maternel et Néonatal |
| TPI | : | Traitement Préventif et Intermittent |
| UE | : | Union Européenne |
| UNFPA | : | Fonds des Nations Unies pour la Population |
| UNICEF | : | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| VIH/SIDA | : | Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquise |

PRÉFACE

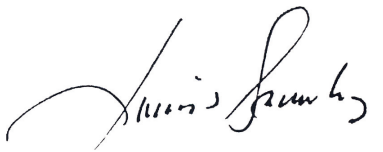
La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention, de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la Stratégie de Coopération vise plus de pertinence et de focalisation dans l'établissement des priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Elle a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions selon une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant des enseignements de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération, en harmonie avec le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Partenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs des divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la Stratégie de Coopération avec les Pays en vue de la réalisation de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

RÉSUMÉ

Le présent document de Stratégie de Coopération Pays, de deuxième génération (SCP2), a été élaboré sur la base d'une large concertation entre l'OMS (à différents niveaux), et le Ministère de la Santé Publique, d'une part, et les autres départements ministériels ainsi que les partenaires au développement, d'autre part.

Cette concertation avait pour but de s'assurer que les éléments à prendre en compte, dans la planification, pour la période 2008-2013, reflètent à la fois, les principales préoccupations du pays en vue de l'atteinte des objectifs du PNDS¹, du Millénaire pour le développement (OMD), les priorités programmatiques de l'Organisation mondiale de la Santé et celles du CANUD².

Suite à l'analyse des résultats de l'évaluation des deux plans de travail 2004-2005, et 2006-2007, élaborés en se basant sur la SCP1 et de l'avis du MSP et des partenaires de la coopération bilatérale et multilatérale, il a été noté que les axes stratégiques mis en œuvre au cours de la période, demeurent toujours pertinents, d'où leur reconduction pour la SCP2.

Il s'agit de :

1. Renforcement du système de santé ;
2. Lutte intégrée contre la maladie et la mortalité maternelle, néonatale et infantile ;
3. Création d'un environnement favorable à la santé ;
4. Gestion des situations d'urgence.

Ces axes stratégiques sont en harmonie avec ceux du PNDS¹ (2003-2012), et feront l'objet de planification, au cours des trois prochaines périodes biennales (2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013).

Pour l'axe stratégique N°1, à savoir le renforcement du système de santé, trois domaines ont été retenus :

- Organisation du système de santé ;
- Développement des ressources humaines ;
- Gestion, utilisation de l'information sanitaire et développement de la recherche.

L'axe stratégique N°2, portant sur la lutte intégrée contre la maladie et la mortalité maternelle, néonatale et infantile, couvre les domaines suivants :

- Prévention, éradication et contrôle/surveillance des maladies transmissibles ;
- Surveillance, prévention et gestion des maladies non transmissibles ;
- Santé maternelle, néonatale et infantile ; santé sexuelle et reproductive.

L'axe stratégique N°3, création d'un environnement favorable à la santé, porte sur :

- Santé et environnement ;
- Sécurité sanitaire des aliments et nutrition ;
- Promotion de la santé.

Enfin l'axe stratégique N°4, qui a trait à la gestion des situations d'urgence, vise la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours.

Les objectifs prioritaires de la SCP 2 visent, d'une part, à contribuer à l'amélioration de la performance du secteur de la santé, à tous les niveaux de la pyramide, et d'autre part, à stimuler et encourager la mobilisation des ressources. L'appui au développement des ressources humaines, au plaidoyer et à la coordination des interventions des différents partenaires du MSHP, ainsi que le soutien à la planification, à la mise en œuvre, au suivi/évaluation des politiques et programmes, constituent les principales approches de la SCP 2008-2013, pour atteindre les objectifs fixés.

La mise en œuvre de la présente stratégie de coopération sera assurée par le Bureau Pays de l'OMS, qui bénéficiera de l'appui technique et financier des deux autres niveaux de l'Organisation que sont le Bureau régional pour l'Afrique (avec l'équipe inter pays pour l'Afrique de l'Ouest), et le Siège.

Les mécanismes de suivi et d'évaluation des programmes, tiendront compte des mécanismes propres de l'OMS et de ceux en vigueur, au MSP.

adéquate dans le pays, la SCP doit permettre à l'ensemble de l'Organisation de mieux répondre non seulement aux changements observés à travers le monde, mais aussi et surtout d'adapter sa coopération technique aux besoins spécifiques de la Guinée en tenant compte des priorités mondiales et régionales.

Le présent document de Stratégie de coopération est une tentative d'adéquation entre la stratégie institutionnelle de l'Organisation et les priorités nationales. Il constituera le cadre de référence pour la coopération de l'OMS avec la Guinée, pendant la période 2008-2013. La SCP vise à créer un environnement propice permettant de renforcer la capacité du bureau de l'OMS, en Guinée. Elle voudrait être le reflet non seulement des préoccupations nationales, mais également servir d'outil à même d'aider le pays à guider l'action de tous les partenaires du secteur, dans un contexte de crise sociopolitique et de transition ; de l'assistance humanitaire aux programmes de développement.

Cette stratégie s'inspire par conséquent de la stratégie institutionnelle de l'OMS, de son Onzième Programme général de travail (2006-2015)³, du plan stratégique à moyen terme (2008-2013)⁴, des Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine (2005-2009)⁵, de la Politique de santé pour tous pour le 21ème siècle dans la Région africaine (Agenda 2020)⁶, de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique, portant sur l'amélioration de la santé en Afrique, au cours du nouveau millénaire (avril 2008), du document «Guinée, Vision 2010»⁷, du Document de stratégie de réduction de la pauvreté en Guinée (DSRP 2, 2007-2011)⁸, et du Plan national de développement sanitaire (PNDS, 2003 – 2012)¹. Elle tient aussi compte des objectifs poursuivis, à travers le Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement de la Guinée (CANUD, 2008-2011)², et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

Le processus ayant guidé l'élaboration de ce document SCP2 était basé sur une approche participative. Les trois niveaux de l'Organisation (Siège, Bureau régional et Bureau de pays) et les représentants du Ministère de la Santé publique ont été impliqués dans la mise à jour du présent document de SCP. Le processus a aussi permis des interactions avec d'autres départements ministériels du pays, ainsi que des partenaires (Système des Nations Unies, bilatéraux, multilatéraux et ONG).

En dépit des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la SCP1, l'exercice d'actualisation de la stratégie a montré que la Guinée reste encore confrontée aux mêmes

défis de santé publique. Il s'agit, entre autres, de réhabiliter et de renforcer le système de santé, pour lui permettre d'assurer les soins de santé de qualité et accessibles aux populations les plus démunies. Pour relever ces défis, la SCP2 se focalisera à nouveau sur les quatre axes stratégiques en tenant compte des priorités nationales et des avantages comparatifs de l'OMS :

- Le renforcement du système de santé ;
- La lutte contre la maladie et la mortalité maternelle, néonatale et infantile ;
- La création d'un environnement favorable à la santé ;
- La gestion des situations d'urgence.

Pour les prochaines années, l'opérationnalisation de cette stratégie se fera grâce aux plans de travail des périodes biennales 2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013.

SECTION 1

INTRODUCTION

En l'an 2000, le Conseil exécutif de l'OMS a approuvé une stratégie institutionnelle pour orienter l'activité du Secrétariat. Cette stratégie souligne le rôle essentiel des pays dans l'action de l'organisation, mais aussi la nécessité de traduire la stratégie mondiale en stratégies spécifiques, adaptées aux besoins de chaque pays. Tel est le fondement de la stratégie de coopération de l'OMS avec les pays (SCP). La première génération de la SCP (SCP1) arrivant à son terme, le Bureau régional a instruit les bureaux pays d'engager le processus d'élaboration des SCP de seconde génération (SCP2).

La SCP1 qui couvre la période 2004-2007 est donc dans sa dernière année d'exécution. En vue d'élaborer la SCP2, le Bureau pays a constitué un groupe multidisciplinaire assisté techniquement par un consultant national, conformément aux orientations reçues du Bureau régional. Ce document qui est la suite logique de la Stratégie de première génération s'inspire des progrès et des insuffisances tirés de la mise en œuvre de celle-ci. S'inscrivant dans le cadre des réformes globales qui s'opèrent au sein de l'OMS, et pour assurer sa présence adéquate dans le pays, la SCP doit permettre à l'ensemble de l'Organisation de mieux répondre non seulement aux changements observés à travers le monde, mais aussi et surtout d'adapter sa coopération technique aux besoins spécifiques de la Guinée en tenant compte des priorités mondiales et régionales.

Le présent document de Stratégie de coopération est une tentative d'adéquation entre la stratégie institutionnelle de l'Organisation et les priorités nationales. Il constituera le cadre de référence pour la coopération de l'OMS avec la Guinée, pendant la période 2008-2013. La SCP vise à créer un environnement propice permettant de renforcer la capacité du bureau de l'OMS, en Guinée. Elle voudrait être le reflet non seulement des préoccupations nationales, mais également servir d'outil à même d'aider le pays à guider l'action de tous les partenaires du secteur, dans un contexte de crise sociopolitique et de transition ; de l'assistance humanitaire aux programmes de développement.

Cette stratégie s'inspire par conséquent de la stratégie institutionnelle de l'OMS, de son Onzième Programme général de travail (2006-2015)³, du plan stratégique à moyen terme (2008-2013)⁴, des Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine (2005-2009)⁵, de la Politique de santé pour tous pour le 21ème siècle dans la Région africaine (Agenda 2020)⁶, de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique, portant sur l'amélioration de la santé en Afrique, au cours du nouveau millénaire (avril 2008), du document «Guinée, Vision 2010»⁷, du Document de stratégie de réduction de la pauvreté en Guinée (DSRP 2, 2007-2011)⁸, et du Plan national de développement sanitaire (PNDS, 2003 – 2012)¹. Elle tient aussi compte des objectifs poursuivis, à travers le Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement de la Guinée (CANUD, 2008-2011)², et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

Le processus ayant guidé l'élaboration de ce document SCP2 était basé sur une approche participative. Les trois niveaux de l'Organisation (Siège, Bureau régional et Bureau de pays) et les représentants du Ministère de la Santé publique ont été impliqués dans la mise à jour du présent document de SCP. Le processus a aussi permis des interactions avec d'autres

départements ministériels du pays, ainsi que des partenaires (Système des Nations Unies, bilatéraux, multilatéraux et ONG).

En dépit des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la SCP1, l'exercice d'actualisation de la stratégie a montré que la Guinée reste encore confrontée aux mêmes défis de santé publique. Il s'agit, entre autres, de réhabiliter et de renforcer le système de santé, pour lui permettre d'assurer les soins de santé de qualité et accessibles aux populations les plus démunies. Pour relever ces défis, la SCP2 se focalisera à nouveau sur les quatre axes stratégiques en tenant compte des priorités nationales et des avantages comparatifs de l'OMS :

- Le renforcement du système de santé ;
- La lutte contre la maladie et la mortalité maternelle, néonatale et infantile ;
- La création d'un environnement favorable à la santé ;
- La gestion des situations d'urgence.

Pour les prochaines années, l'opérationnalisation de cette stratégie se fera grâce aux plans de travail des périodes biennales 2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013.

SECTION 2

DÉFIS NATIONAUX LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT

2.1 PROFIL PAYS

Avec une population de 9,4 millions d'habitants en 2007, la République de Guinée couvre une superficie de 245 857 Km², répartie entre quatre régions naturelles, caractérisées par une diversité climatique et culturelle. La majorité de la population (71%) vit en zone rurale où l'agriculture demeure la principale activité. Toutefois, le pays connaît de plus en plus un exode rural massif des jeunes, vers les grands centres urbains et les zones minières.

Au plan sociopolitique, l'afflux de réfugiés et de populations déplacées, consécutif à plus de quinze années de conflit dans la sous-région, a laissé des traces encore visibles sur l'environnement et les infrastructures de base. Sur le plan interne, l'aggravation de la pauvreté et la difficulté d'accès aux services sociaux de base ont provoqué une crise sociopolitique qui risque de compromettre la paix sociale et les efforts de développement.

L'encadré ci-dessous présente quelques indicateurs socio-économiques de base :

Développement humain

| | | | | |
|---|--------|--------|--------|--|
| Espérance de vie ⁸ : (2007) | | 54 ans | | |
| Taux de croissance annuelle (PIB/hab.) ⁸ : | -1,1 % | | (2006) | |
| Taux d'inflation ⁸ : (2006) | | 34,7 % | | |

Démographie et santé

| | | | | |
|---|--------|--------|--------|----------|
| Population ⁸ : (2007) | | 9,4 | | millions |
| Taux de croissance annuel moyen ⁸ : (2007) | | 2,3% | | |
| Taux de natalité ⁹ : (2005) | | 38,4‰ | | |
| Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes ⁹ : | 980 | | (2005) | |
| Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes ⁹ : | 91 | | (2005) | |
| Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes ⁹ : | 163 | | (2005) | |
| % du budget national alloué pour la santé ⁹ : | 6,0 % | | (2005) | |
| Éducation | | | | |
| Taux brut de scolarisation ¹⁰ : (2007) | | 79 % | | |
| Taux d'alphabétisation des femmes ⁹ : (2005) | | 22,1 % | | |
| Taux d'alphabétisation des hommes ⁹ : (2005) | | 55,5 % | | |
| Taux d'analphabétisme ⁹ : | 68,3 % | | (2005) | |
| % du budget national pour l'éducation ⁸ : (2007) | | 14 % | | |
| Indice de pauvreté | | | | |
| Population vivant en dessous du seuil de pauvreté ⁹ : | 53,6 % | | (2005) | |

L'évolution des données du cadre macroéconomique de 2004 à 2007, se présente comme suit :

Tableau 1 : Évolution macroéconomique de 2004 à 2007 (en milliards de GNF)

| Indicateurs | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|--|----------|-----------|-----------|-----------|
| PIB | 9 017,10 | 11 908,83 | 14 816,61 | 19 855, 6 |
| Taux de Croissance | 2,7 | 3,3 | 2,2 | 1,5 |
| Recettes intérieures (Fiscales & non fiscales) | 937,78 | 1440,96 | 2379,80 | 2 650, 6 |
| Recettes intérieures en % du PIB | 10,40 | 12,10 | 15,60 | 13, 7 |
| Dépenses courantes en % du PIB | 11,3 | 9,9 | 9,3 | 11, 0 |
| Dépenses en capital en % du PIB | 4,9 | 4,9 | 5,4 | 3, 5 |
| Solde base engagements dons exclus en % du PIB | -5,9 | - 2,8 | - 2,5 | - 0, 88 |
| Solde primaire en % du PIB | -0,4 | 3,0 | 3,6 | 3, 4 |
| Taux de change pour 1 \$ US | 2 466,67 | 3 532,46 | 5 000,00 | 4 350 |
| Taux d'inflation en moyenne | 17,5 | 30,9 | 24,0 | 15 |
| Dépenses du budget hors finex | 1 327,55 | 1 722,69 | 3 109,99 | 3 433, 92 |

Cette évolution macroéconomique laisse voir une dégradation de l'économie nationale, reflétée par une inflation élevée, une baisse de la croissance des investissements, sur ressources propres.

2.2 PROFIL SANITAIRE

Système de santé

Le système de soins guinéen est composé des sous- secteurs public et privé. Le sous- secteur public est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet : le poste de santé, le centre de santé, l'hôpital préfectoral, l'hôpital régional et l'hôpital national.

Le financement du secteur de la santé demeure faible. Pour les quatre dernières années (2004-2007), le budget prévisionnel de la santé se situe autour de 6% du budget national, avec un taux de réalisation de moins de 3%. Ce qui est insuffisant pour fournir des services de santé de bonne qualité. Le faible développement des mécanismes de solidarité en matière de dépenses de santé constitue un handicap à la mise en place d'une politique sociale d'équité et de lutte contre la pauvreté.

La faiblesse des compétences techniques nécessaires pour la programmation, la budgétisation et l'exécution budgétaire complique davantage cette situation. Les autres contributions ne sont pas disponibles, du fait que le processus d'élaboration des comptes nationaux de la santé n'est pas achevé.

Tableau 2 : Contribution du budget national (en termes de décaissements effectifs) pour le secteur de la santé, au cours des quatre dernières années – chaîne des dépenses, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan

| Dépenses totales et de Santé (GNF) | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|------------------------------------|-----------------|------------------|-------------------|----------------|
| Budget total de l'Etat | 955 458 116 308 | 1420 312 525 252 | 2 381 649 995 975 | 1 952 481 206 |
| Budget alloué à la Santé | 25 193 874 378 | 41 609 682 768 | 47 124 345 910 | 54 061 095 396 |
| Pourcentage | 2,6% | 2,9% | 2,0% | 2,8% |

L'étude sur la situation du personnel de santé, effectuée en 2001 par le MSP, montre que dans les sept années à venir, plus de 25% de l'effectif de paramédicaux seront admis à la retraite.

Ces départs concernent les techniciens de santé publique (73 %), les sages-femmes (52,1 %) et les techniciens de radiologie (50 %). Les techniciens de laboratoire et les préparateurs en pharmacie sont également concernés. Ces catégories, déjà en sous-effectif aujourd'hui, seront des plus rares dans un avenir proche, si rien n'est fait pour corriger cette situation.

La proportion de personnel de santé par habitant dans le pays est de l'ordre de 1 pour 8 325 habitants, chez les médecins, 1 pour 31 438, chez les sages femmes, 1 pour 6 343, chez les infirmiers et de 1 pour 20 876, chez les matrones.

D'une manière générale, à ce jour, de sérieux problèmes de gestion et d'importants déséquilibres quantitatifs, qualitatifs et de distribution persistent : absence de plan de carrière, conditions de travail et de vie inadéquates, politique de motivation non définie.

Au cours des dernières décennies, les réformes engagées au niveau du pays ont permis d'obtenir d'importants résultats, dans le domaine des soins de santé primaires. Cependant, l'approche programme et projet n'a pas permis d'avoir une vision globale du secteur de la Santé.

C'est pourquoi, le Ministère de la Santé publique (MSP) a élaboré le Plan national de Développement sanitaire (PNDS)¹ qui cadre avec les objectifs du Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP)⁸. Selon les données de l'enquête intégrée de base de l'évaluation de la pauvreté (EIBEP), réalisée en 2002-2003¹², l'accès aux services de santé (temps inférieur à 30 minutes) est de 38,9%, l'utilisation des services de santé est de 18,6%.

Il faut noter, en plus, la faible couverture géographique sanitaire due à l'insuffisance des infrastructures et des équipements et au mauvais état de l'existant.

Par exemple, le nombre de postes de santé intégrés est passé seulement de 604, en 2004, à 623 en 2007, tandis que celui des centres de santé intégrés est passé de 395, en 2004, à 410 en 2007.

En ce qui concerne la satisfaction des bénéficiaires des services de santé, beaucoup d'efforts restent à faire pour améliorer la qualité des prestations. En moyenne, 53,7% des bénéficiaires des services de santé ne sont pas satisfaits des prestations fournies¹.

Les principales raisons évoquées sont le coût élevé des services (sur-tarifcation), la faible qualité du traitement, la longue attente et le manque de médicaments.

Outre la faible capacité opérationnelle de la Section chargée des statistiques et informations sanitaires, le Système national d'Information sanitaire (SNIS) est orienté fondamentalement vers le secteur public. De plus, la coordination des circuits, l'intégration et la synthèse de l'information sanitaire ainsi que l'harmonisation des outils sont difficiles.

Quant à la recherche, elle reste confrontée à des difficultés d'ordre institutionnel et opérationnel, à savoir une faiblesse des compétences en matière de recherche, de diffusion et d'utilisation des résultats des recherches, une insuffisance de documentation, de ressources et de coordination des activités.

En dépit de l'élaboration de la Politique pharmaceutique nationale (PPN) et de l'existence de la Centrale d'achat des médicaments (PCG), l'accès aux médicaments essentiels et génériques reste limité.

Le contrôle de la qualité et l'usage rationnel des médicaments sont insuffisants. En ce qui concerne le don du sang et la sécurité transfusionnelle, la mobilisation sociale reste encore faible.

Le secteur privé médical est composé actuellement de 19 cliniques (avec quelques unités de soins aux mains des Chinois), de 2 hôpitaux d'entreprise, de 219 cabinets de consultation, de 11 cabinets dentaires et de 16 cabinets de sage-femme.

Le secteur informel se développe rapidement et de façon incontrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponibles les services de santé, l'on ignore tout des tarifs appliqués et, surtout, de la qualité des services ; ce qui met en péril la viabilité des structures officielles. La vente généralisée des produits pharmaceutiques de mauvaise qualité, sur les marchés, est un problème particulier qui se pose avec acuité.

Le secteur pharmaceutique et biomédical est composé de 230 officines, de 40 points de vente et de 10 laboratoires.

Profil épidémiologique

En Guinée, la prévalence de certaines affections reste élevée, avec la prédominance des maladies infectieuses et parasitaires. Parmi les maladies transmissibles ciblées comme prioritaires, on a le couple VIH/sida/tuberculose. L'enquête démographique et de Santé (EDSIII)⁹, réalisée en 2005, montre une séroprévalence dans la population générale de 1,5% chez les personnes de la tranche d'âge de 15 à 49 ans, avec un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 2/1.

Le taux de séropositivité augmente avec l'âge : de 0,8%, dans le groupe d'âge de 15-19 ans, il atteint 2,1%, dans les groupes de 40-44 ans et de 45-49 ans.

La séroprévalence du VIH, chez les tuberculeux, est passée de 6% en 1992, à 16,7% en 2001, tandis que moins de 10% des malades tuberculeux infectés par le VIH/sida, ont accès au traitement. Aussi, la co - infection VIH/sida/tuberculose devient-elle de plus en plus préoccupante.

Avec la mise en œuvre de la stratégie DOTS depuis 1990, le taux de détection est passé de 51% en 2003 à 66% en 2007. Par contre, le taux de guérison en 2007 (61%) reste encore faible par rapport à l'objectif mondial qui est de 85%.

Le paludisme reste toujours le premier problème de santé publique, en Guinée. En 2005, il représentait chez les moins de 5 ans, plus de 31% des consultations et 25% des hospitalisations. Il est également la première cause de décès en milieu hospitalier (15%).

En 2006, seulement 4% de ces enfants et 12% des femmes enceintes ont eu accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII), sur le plan national.

La couverture vaccinale en DTCP3 s'est améliorée de façon significative, passant de 69%, en 2004, à 87%, en 2007 ; elle a permis de contrôler les maladies évitables par la vaccination et ainsi d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage, depuis 2004.

On assiste de plus en plus à la réémergence de la trypanosomiase humaine africaine, dans les anciens foyers (66 cas pour le seul centre de dépistage et de prise en charge de Dubréka, en 2007).

Il faut noter que le choléra, qui sévissait de façon cyclique, est devenu endémique depuis 1998, avec des poussées épidémiques, dans le littoral et la région de la forêt.

Durant ces trois dernières années, le pays a enregistré des épidémies de choléra avec un nombre croissant de cas, passant de 3 819 cas dont 107 décès en 2005, à 8 546 cas dont 310 décès, en 2007.

Santé maternelle, néonatale et infantile et santé sexuelle et reproductive : En dépit des efforts déployés ces dernières années, l'analyse de la situation basée sur l'enquête démographique et de santé, de 2005, montre que la mortalité maternelle reste très élevée (980 décès pour 100 000 naissances vivantes). Le taux d'accouchements assistés reste faible (38%).

Selon la même enquête, la mortalité néonatale est de 39 pour 1000 naissances vivantes, la mortalité infantile et infanto juvénile reste élevée (91 et 163 respectivement pour 1 000 naissances vivantes). Seulement 27% des enfants de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein.

La prévalence contraceptive est de 9%, toutes méthodes confondues, dont 6% pour les méthodes modernes. Les pratiques néfastes persistent encore comme l'excision (96%).

Bien qu'un plan d'intervention sur la santé des personnes âgées soit élaboré, leurs besoins en matière de santé ne sont pas largement pris en compte.

Maladies non transmissibles

L'émergence, au cours de ces dernières années, de diverses maladies, comme l'hypertension artérielle, les affections cardio-vasculaires, le diabète, la drépanocytose, les maladies mentales et les cancers, notamment les cancers du col de l'utérus, du sein et de la prostate, devient une grande préoccupation. L'insuffisance de données ne permet pas de faire, avec exactitude, le point sur la situation de ces différentes maladies, au plan national.

La consommation du tabac est préoccupante ; elle concerne 57% de la population de la ville de Conakry, dont 9% de femmes ; de même qu'en milieu scolaire où 17% des élèves dont 3% de filles fument.

La malnutrition aiguë est de 9,4% et celle chronique, de 34,8%. L'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans est de 25,8%.

Déterminants de la santé

L'accès à une source d'approvisionnement en eau potable était de 59,2%, en 2005 (EDSIII)⁹, et de 62%, en 2007 (DSRP2)⁸. Selon les mêmes sources, l'accès à un système adéquat d'assainissement est passé de 70,1% à 76%. Aussi, 18,1% des ménages de Conakry, et 64,4% des ménages des autres centres urbains, continuent à jeter leurs ordures dans la nature (espaces libres, caniveaux et bord de la mer).

La gestion des déchets se heurte à de sérieux problèmes, aussi bien au niveau familial que communautaire.

Les aliments vendus, pour la plupart dans la rue, ne sont pas protégés contre la poussière et les vecteurs; dans 35% des cas, les aliments sont exposés près des eaux stagnantes ou des ordures. Les emballages utilisés ne sont pas appropriés et la manipulation des aliments n'obéit pas aux règles élémentaires d'hygiène.

La situation socio-économique du pays contraint la population à avoir de plus en plus recours à l'alimentation de rue.

Promotion de la santé

Faute d'approche multisectorielle, les différentes stratégies de promotion de la santé, mises en œuvre (plaidoyer, mobilisation sociale, communication pour le changement de comportement), n'ont jusqu'ici pas permis les changements de comportement souhaités.

Situations d'urgence

Les conséquences de plus de 15 années de conflits armés dans la sous-région sont encore manifestes aussi bien sur l'environnement que sur les structures sanitaires du pays, particulièrement dans les régions de la Guinée forestière et de la Guinée maritime qui ont connu des mouvements continus de réfugiés et de personnes déplacées, plus vulnérables aux maladies, surtout celles à potentiel épidémique, à la malnutrition, aux affections mentales, aux abus et violences sexuels.

A la suite des campagnes de rapatriement volontaire, le résiduel de réfugiés est en cours d'intégration locale, au sein des communautés hôtes de leur choix.

2.3 DÉFIS DE LA PRÉCÉDENTE STRATÉGIE DE COOPÉRATION

Les défis de la précédente Stratégie de Coopération s'articulaient autour des axes suivants : le renforcement du système de santé, la lutte contre la maladie, la création d'un environnement favorable à la santé et les situations d'urgence.

Il s'agit notamment de :

Par rapport au renforcement du système de santé :

- Mettre en œuvre la composante santé du DSRP ;
- Redynamiser le comité de coordination entre les Ministères de la Santé, de l'Économie et des Finances, du Plan et les partenaires pour le financement du PNDS et sa mise en œuvre ;
- Assurer l'accès équitable aux services de santé et améliorer la qualité des soins ;
- Actualiser la politique des ressources humaines et améliorer sa gestion ;
- Améliorer la mise en œuvre de la Politique pharmaceutique nationale ;
- Réhabiliter l'Initiative de Bamako et mettre en place un système de financement durable ;
- Promouvoir la médecine traditionnelle ;
- Développer le paquet minimum d'activités complémentaires pour le niveau secondaire ;
- Renforcer le Système national d'information sanitaire (SNIS) ;
- Assurer la gestion et la maintenance de la logistique du système de santé (véhicules, chaîne de froid, vaccin/matériel de vaccination, équipements médicaux).

Par rapport à la lutte et au contrôle de la maladie :

- Maintenir les acquis de l'élimination et de l'éradication de certaines maladies (poliomyélite, lèpre, dracunculose, tétanos maternel et néonatal) ;
- Assurer le contrôle de certaines maladies transmissibles prioritaires (IST/sida, paludisme, tuberculose, fièvre jaune, rougeole, ulcère de Buruli) ;
- Renforcer la surveillance intégrée des maladies transmissibles ;

- Réduire la mortalité maternelle et infantile, et promouvoir la planification familiale ;
- Renforcer la capacité de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles (diabète, cancer, tabagisme, hypertension).

Par rapport à la création d'un environnement favorable à la santé :

- Contribuer à augmenter les ressources en faveur de la santé ;
- Renforcer la coordination des partenaires au niveau stratégique et opérationnel ;
- Renforcer la collaboration multisectorielle ;
- Favoriser l'intégration des programmes ;
- Mettre en place une approche sectorielle, dans le secteur de la santé ;
- Renforcer la mobilisation sociale, l'information et la communication.

Par rapport aux situations d'urgence :

- Finaliser le plan de préparation et de réponse aux situations d'urgence;
- Assurer la prise en charge sanitaire des réfugiés et des personnes déplacées ;
- Renforcer le système de santé dans les zones de crise;
- Renforcer la surveillance épidémiologique parmi les réfugiés et les personnes déplacées;
- Renforcer la coordination des interventions.

2.4 BILAN DE LA PÉRIODE PRÉCÉDENTE

Pendant la période 2004-2007, les réalisations, à travers la mise en œuvre des deux plans de travail biennaux, sont en parfaite harmonie avec l'agenda stratégique du document de la Stratégie de Coopération de première génération.

En effet, l'évaluation de cette mise en œuvre, faite conjointement par le MSP, l'OMS et les autres partenaires, a montré que les priorités de l'OMS cadraient avec celles du Ministère de la Santé et prenaient bien en compte les besoins du pays (PNDS, DSRP et OMD).

Dans le domaine du renforcement du système de santé, le MSP a reçu de l'OMS un appui effectif, par rapport à l'évaluation de l'opérationnalité du système de santé de district et la mise en place du Comité national de pilotage, pour l'élaboration des Comptes nationaux de la santé, ainsi que l'actualisation de la politique pharmaceutique nationale, la révision et la diffusion du document de pharmacopée traditionnelle, l'élaboration du plan de développement de la galénique, et le soutien aux activités du centre de recherche et de valorisation des plantes médicinales de Dubréka.

Dans le cadre du renforcement des capacités de diagnostic, le Laboratoire national de référence de l'Institut national de santé publique a été réhabilité, et le CNTS a été équipé en moyens logistiques et matériels de laboratoire.

L'OMS a également apporté son appui aux évaluations conjointes interne et externe (CIDMEF-OMS) de la Faculté de Médecine et au démarrage du processus d'élaboration du Plan de développement des ressources humaines pour la santé.

Dans le domaine de la lutte contre la maladie, l'OMS a apporté son appui à l'amélioration de la couverture vaccinale à travers l'approche « Atteindre chaque district », l'élaboration et la présentation des documents de certification de l'éradication de la poliomyélite et de la

dracunculose ; mais aussi, la réalisation d'une cartographie sur la filariose lymphatique, la mise en place d'un système de dépistage précoce de l'ulcère de Buruli, dans 10 établissements scolaires, et la formation de chirurgiens spécialisés dans la prise en charge de l'ulcère de Buruli.

Concernant la lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida, l'OMS a apporté son appui à la révision, l'adoption et la diffusion de la politique nationale de prise en charge des cas de paludisme par les CTA, la mise à échelle du traitement préventif intermittent, l'accessibilité aux MIILD, avec la gratuité pour les groupes les plus vulnérables, l'élaboration du guide de formation à la DOTS communautaire, du plan d'urgence, du guide technique national intégrant la composante co-infection tuberculose/VIH (TB/VIH) et la fourniture de médicaments antituberculeux.

L'élaboration des plans opérationnels 2005-2007, pour le passage à l'échelle et à l'accélération de la prévention du VIH/ sida et à l'extension de la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH.

Dans le cadre de la surveillance, de la prévention et de la gestion des maladies non transmissibles, un appui a été apporté à la création du centre régional francophone de formation, à la prévention des cancers gynécologiques et à l'actualisation du registre des cancers et la ratification de la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Dans le domaine de la Santé de la mère, de l'enfant et de la santé sexuelle et reproductive, l'OMS a apporté son appui à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de réduction de la pratique des mutilations génitales féminines (MGF), par les professionnels de santé, l'actualisation du document des normes et procédures en santé de la reproduction, la mise à échelle de la PCIME et l'élaboration de la feuille de route nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile.

L'OMS a également apporté son appui à l'élaboration des normes et standards nationaux en eau et assainissement, au renforcement des capacités des districts de santé, à l'analyse physico-chimique et bactériologique de l'eau de boisson et à l'évaluation de la situation de l'approvisionnement en eau/assainissement/hygiène dans les localités touchées par les épidémies de choléra.

De même, l'OMS a contribué au renforcement des capacités nationales en matière de surveillance nutritionnelle et de lutte contre les carences en micronutriments, à l'élaboration des outils de gestion pour la surveillance des toxi-infections alimentaires et la mise en place des sites pilotes.

L'OMS a également apporté une réponse dans le cadre de l'actualisation de la Politique nationale de Promotion de la Santé et l'élaboration d'un plan d'intervention sur la santé des personnes âgées.

L'OMS a joué un rôle de leadership important, en tant que premier responsable, avec le Ministère de la santé, pour la gestion des actions humanitaires, dans le domaine de la santé, par l'actualisation du projet de politique nationale des Urgences, Epidémies et Catastrophes et du plan d'action y afférent, l'élaboration et la diffusion du protocole de prévention et de prise en charge des viols et violences sexuelles, le renforcement des capacités des hôpitaux nationaux et régionaux, ainsi que le centre national de transfusion sanguine pour la gestion des situations d'urgence.

Forces

Engagement politique :

- Implication des autorités politico-administratives, à tous les niveaux ;
- Existence de documents de politiques et de stratégies ;
- Signature et ratification de conventions internationales.

Mobilisation des ressources financières :

- Fonds CERF, BAD, AFD, CANADIENS, IRLANDAIS, NORVEGIENS, OMS.

Renforcement du partenariat :

- Activités de vaccination ;
- Création du Centre national de recherche et de valorisation des plantes médicinales de Dubréka ;
- Création du Centre régional francophone de formation à la prévention des cancers gynécologiques ;
- Evaluation interne et externe de la Faculté de Médecine, Pharmacie et odontostomatologie ;
- Gestion des situations d'urgence.

Faiblesses et contraintes:

- Faible disponibilité/Insuffisance des ressources humaines ;
- Faiblesse de la coordination des interventions des différents partenaires ;
- Faible intégration de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles dans le système de soins ;
- Faible mobilisation des fonds volontaires planifiés ;
- Faible décaissement des ressources du Budget national ;
- Chevauchement des activités planifiées au niveau national ;
- Faible délégation de pouvoirs au niveau central, ainsi que la faible décentralisation des activités au niveau périphérique ;
- Gel des ressources financières de certains partenaires.

Opportunités:

- mobilisation des fonds d'urgence (Fonds CERF) ;
- Engagement des différents partenaires techniques et financiers ;
- Existence des fonds extra budgétaires (Fonds mondial, Fonds canadien, GAVI) ;
- Existence d'un Comité de Coordination inter Agences (CCIA).

Menaces:

- Instabilité sociopolitique ;
- Fragilité de l'économie ;
- Hausse constante du prix des produits pétroliers et des denrées de première nécessité.

Insuffisances en matière de mise en œuvre de l'agenda stratégique

Les réalisations accomplies dans la mise en œuvre de la SCP1, à travers les différents plans de travail, ne doivent pas passer sous silence, les principales activités non exécutées des axes de l'agenda stratégique. Les insuffisances s'expliquent par la faible mobilisation des fonds volontaires et le manque d'harmonisation des interventions des partenaires.

Ainsi, en matière de renforcement du système de santé, l'élaboration du plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé, et l'évaluation et la révision du système national d'information sanitaire n'ont pu être réalisées, de même que l'étude sur les comptes nationaux de la santé.

Quand à la lutte et au contrôle de la maladie, les interventions non couvertes portent sur l'élaboration du guide national de surveillance communautaire, du plan de suivi/évaluation du PNPCSP et de la politique nationale de lutte contre les maladies non transmissibles. Aussi, l'évaluation externe du laboratoire national de référence du PNLAT et la mise en place d'un système d'audit des décès maternels dans les maternités n'ont-elles pu être réalisées.

Egalement dans le domaine de la création d'un environnement favorable, les politiques nationales de lutte antitabac et d'assainissement n'ont pu être élaborées. De même, l'enquête sur la toxicomanie dans les établissements d'enseignement secondaire et l'évaluation de la mise en place d'un système durable de contrôle de la qualité des aliments n'ont pas été réalisées.

Concernant la gestion des situations d'urgence, la mise en place et l'équipement des équipes d'intervention rapide pour les urgences n'ont pu être réalisées.

2.5 DÉFIS ACTUELS

L'analyse de situation qui précède et les conclusions des entrevues avec les partenaires ont permis d'identifier les défis suivants :

Par rapport au renforcement du système de santé

- Développer l'approche sectorielle, à travers la mise en œuvre des programmes prioritaires du PNDS ;
- Redynamiser les mécanismes de coordination des interventions en faveur de la santé ;
- Assurer l'accès équitable aux services de santé ;
- Garantir la disponibilité des médicaments et consommables de qualité, dans les structures sanitaires ;
- Améliorer l'assurance qualité des soins et services dans les structures sanitaires ;
- Améliorer la gestion et l'utilisation rationnelle des ressources humaines en santé ;
- Intégrer de manière appropriée et rationnelle la médecine et la pharmacopée traditionnelles dans le système de santé;
- Renforcer les mécanismes de contrôle de la pratique médicale et pharmaceutique, et la gestion des structures de santé;
- Renforcer les compétences à tous les niveaux, pour la gestion du système d'information sanitaire;
- Assurer la gestion et la maintenance de la logistique du système de santé ;
- Mobiliser les ressources financières nécessaires au développement des interventions du secteur de la santé, et optimiser leur utilisation.

Par rapport à la lutte contre la maladie et la mortalité maternelle, néonatale et infantile

- Maintenir les acquis de l'élimination et de l'éradication de certaines maladies (poliomyélite, lèpre, dracunculose, tétanos maternel et néonatal) ;
- Intensifier les actions en faveur des maladies cibles du programme élargi de vaccination (ACD, campagnes de vaccination, semaine santé de l'enfant...);
- Assurer le contrôle de certaines maladies transmissibles prioritaires (fièvre jaune, rougeole, ulcère de Buruli etc.) ;
- Poursuivre et renforcer la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ;
- Renforcer la surveillance intégrée des maladies transmissibles ainsi que la réponse ;
- Réduire la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile, à travers la mise en œuvre de la Feuille de route nationale ;
- Promouvoir la santé sexuelle et reproductive ;
- Améliorer la prise en charge sanitaire des personnes âgées ;
- Renforcer les capacités de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles (diabète, cancer, tabagisme, hypertension).

Par rapport à la création d'un environnement favorable à la santé

- Renforcer les capacités nationales en matière de contrôle de la qualité de l'eau, d'hygiène et de salubrité;
- Mettre à l'échelle la Politique nationale de santé au travail;
- Mettre en place des mécanismes de régulation des conditions de vente des aliments de rue et de protection des consommateurs;
- Renforcer les capacités de surveillance, de prévention et de lutte contre la malnutrition et les carences en micronutriments;
- Renforcer le plaidoyer, la mobilisation sociale, l'information et la communication en faveur de la santé.

Par rapport aux situations d'urgence

- Renforcer les capacités nationales en matière de préparation et de réponse aux situations d'urgence et de crises humanitaires;
- Renforcer la coordination des interventions et le plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

SECTION 3

AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIAT

3.1 TENDANCES GÉNÉRALES DE L'AIDE À LA SANTÉ

L'aide extérieure représente une part très importante dans le financement du secteur de la santé en Guinée. Cette aide est concentrée sur les investissements (infrastructures, gros équipement et formation) ; ceci pose certains problèmes de durabilité, car le pays ne dispose pas de ressources suffisantes pour assurer les coûts récurrents des infrastructures sanitaires et l'approvisionnement en médicaments.

Le fonctionnement du système de santé, y compris la prévention et la lutte contre la maladie et la gestion des crises, est fortement appuyé par les partenaires au développement. Ces appuis, qui se situent sur le plan technique, financier et matériel, sont apportés par des ONG, des associations, des agences du système des Nations Unies et des institutions de coopération bilatérales et multilatérales.

L'analyse de l'aide montre une tendance progressive entre le dernier biennium de la SCP1 (2006-2007), et les deux premières années de la présente SCP, qui passe de 60 855 000 USD à 69 787 000 USD, soit une progression de 15%.

Selon les informations reçues des différents partenaires pour leurs domaines respectifs d'intervention, l'on peut constater que la lutte contre le VIH/sida, le renforcement du système de santé, les programmes de vaccination, de santé de la reproduction, de lutte contre le paludisme concentrent l'essentiel de cette aide. Alors que, les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles, les maladies tropicales négligées (la trypanosomiase humaine africaine, l'ulcère de Buruli, les géo-helminthiases, etc.), les domaines de l'eau, de l'hygiène, de l'assainissement et de la recherche sont sous-financés.

3.2 PRINCIPAUX PARTENAIRES ET DOMAINES D'INTERVENTION, DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ (VOIR TABLEAU RÉCAPITULATIF EN ANNEXE)

En plus de l'État et des communautés, le financement des services de santé est assuré par l'aide internationale, à travers la coopération bilatérale et multilatérale, ainsi que la coopération avec les Institutions du Système des Nations Unies et les Organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales.

En effet, le financement par l'État demeure faible et représentait, en 2006, 6% du budget national (0,4% du PIB). Ce qui paraît insuffisant pour satisfaire les besoins des services de santé de qualité, au niveau de l'ensemble du pays. De nombreux programmes prioritaires de santé publique, comme la lutte contre le VIH/sida, les IST, le paludisme, la tuberculose et l'onchocercose (cécité des rivières), sont dépendants des bailleurs de fonds. L'État finance essentiellement le salaire du personnel de la fonction publique, l'achat d'une partie des vaccins, les autres charges d'exploitation des structures centrales et déconcentrées, la formation initiale et continue. Il intervient aussi dans certaines opérations d'investissements dans les centres de santé et les hôpitaux.

Les collectivités locales (communes, préfectures, régions) ont une part de financement relativement faible qui se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel, tandis que les populations prennent en charge, à travers le recouvrement des coûts, la construction des infrastructures sanitaires, les frais de fonctionnement, le rachat des produits pharmaceutiques, la motivation du personnel, les dépenses d'entretien et de maintenance et les outils de gestion.

3.2.1 Coopération bilatérale

Agence française de Développement (AFD)

L'appui de l'AFD se fait à travers un programme couvrant la période 2006-2008, avec un budget total de 1 500 000 euros, pour les domaines suivants :

- Appui à la gestion hospitalière ;
- Appui à la gestion des ressources humaines ;
- Appui à la coopération décentralisée, par la formation des cadres ;
- Appui à la santé urbaine ;
- Assistance technique.

A la fin de ce programme qui est prévue pour fin 2008, cette assistance sera réorientée vers un appui plus circonscrit, à la primature, dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida. Il est prévu à cet effet une assistance technique auprès du Premier Ministre, à partir de 2009, pour la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose.

Coopération technique allemande (GTZ)

La Coopération allemande pour la période 2001-2009 appuie le secteur de la santé à travers le programme Santé et la Lutte contre le sida (PSS/GTZ). Il cible trois régions : Mamou, Labé et Faranah, pour un montant total de 7 500 000 euros. Les domaines concernés sont :

- Lutte contre le sida;
- Amélioration de la qualité des soins;
- Renforcement de la capacité des communautés en matière de santé.

Agence américaine pour le Développement international (USAID)

L'appui de l'USAID, au secteur de la santé, s'inscrit dans le cadre global du Programme Démocratie et Bonne Gouvernance. Les principaux domaines couverts par cet appui sont :

- Le VIH/sida, notamment, avec l'ouverture des centres de dépistage volontaire (CDV) ;
- Le renforcement de la Pharmacie centrale de Guinée ;
- La formation des sages-femmes à l'École de la santé de Kindia.

La prise en charge des fistules obstétricales, les activités de santé de la reproduction, de lutte contre le paludisme et de lutte contre la grippe aviaire constituent également les domaines appuyés par l'USAID. Cet appui se poursuivra jusqu'en 2011, pour un budget annuel d'environ 6 500 000 USD.

Agence japonaise de Coopération internationale (JICA)

L'Agence japonaise de Coopération internationale (JICA), appuie le Ministère de la Santé publique dans le financement de certaines rubriques du Programme élargi de Vaccination, pour la période 2006-2008. Il s'agit de :

- l'achat des vaccins du PEV de routine, pour la totalité des besoins du pays, pour 2006 et 2007 ;
 - l'achat du matériel de chaîne de froid, pour la conservation des vaccins au niveau de la chambre froide nationale ;
 - l'achat de deux véhicules pour les activités d'approvisionnement et de supervision.
- Le montant de cette aide budgétaire s'est élevé à la somme de 2 332 000 USD.

3.2.2 Coopération multilatérale

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

Le programme quinquennal de coopération Guinée-UNICEF, pour la période 2007-2011, couvre les domaines ci-après :

- Programme élargi de vaccination (PEV) ;
- Accès aux soins infantiles et maternels de qualité ;
- Nutrition ;
- Lutte contre le VIH/sida, notamment la PTME ;
- Eau et assainissement.

Le budget indicatif pour cette période est de 13 615 000 USD dont 3 875 000 USD provenant des fonds sur les ressources générales, déjà disponibles, et 9 740 000 USD de fonds à rechercher qui pourront être mobilisés, au fur et à mesure de l'avancement du programme.

Ce budget comprend l'ensemble des interventions planifiées par l'UNICEF pour les deux programmes :

- Survie et développement du jeune enfant et eau, hygiène et assainissement.
- *Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)*

Cette structure est chargée d'assurer la coordination des interventions dans le pays, en matière de lutte contre le sida ; elle n'assure nullement la mise en œuvre des activités, sur le terrain. Elle joue le rôle d'interface entre les autorités nationales et les différents intervenants, en matière de VIH/sida.

Pour lui permettre de mieux assurer la coordination, deux activités sont prévues, dans son plan de travail pour la période 2008-2009, pour un budget de 640 000 USD, il s'agira de :

- Faire la cartographie de toutes les interventions et de tous les intervenants sur le terrain, en matière de lutte contre le VIH/sida ;
- Constituer un forum national des partenaires de lutte contre le VIH/sida, qui regroupera l'équipe conjointe du SNU et les groupes thématiques élargis.

Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)

L'appui de l'UNFPA se fait à travers un programme couvrant la période 2007-2011, pour un coût global de 2 950 000 USD. Il est composé de trois projets qui sont :

- Santé de la Reproduction ;
- Population et Développement ;
- Genre.

Banque mondiale (BM)

L'appui de la Banque mondiale au secteur de la santé se fait à travers l'APNDS (Appui au Plan national de Développement sanitaire)¹³. Ce projet, d'une enveloppe globale de 27 790 000 USD, est financé par la Banque mondiale, à hauteur de 90% ; les 10% représentant la contribution du Gouvernement guinéen. Il couvre la période 2006-2012 et cible 4 808 000 personnes dans 18 préfectures et sept régions administratives.

Les objectifs visés par le projet sont :

- Réduire les taux de mortalité maternelle et infantile dans les zones pauvres du pays ;
- Renforcer la participation communautaire en vue de l'appropriation des centres de santé par la communauté ;
- Renforcer les capacités de gestion des structures pour offrir à tout moment des services de qualité.

Programme alimentaire mondial (PAM)

L'appui du PAM se fait dans le cadre de la mise en œuvre du Document de Programme Pays 2007-2011, approuvé par le conseil d'administration du PAM en octobre 2006. La composante santé de ce programme couvre deux volets :

- **Volet « Appui aux groupes vulnérables »**

Ce volet cible les enfants de moins de cinq ans, en état de malnutrition sévère ou modérée et les femmes en grossesse ou allaitantes vulnérables. Les bénéficiaires reçoivent une assistance alimentaire et un suivi dans les institutions ou structures de santé publiques et communautaires ;

- **Volet « Appui aux personnes infectées ou affectées par le VIH/sida »**

Ce volet est mis en œuvre en collaboration avec le CNLS et des ONGs offrant des services d'assistance spécialisés (suivi médicosocial et psychologique). Ces personnes et leur famille reçoivent une ration équilibrée, dans le cadre des activités de prévention et de sensibilisation menées dans les structures appuyées par ces ONG.

Le montant total du volet Santé/Nutrition de ce programme quinquennal du PAM, avec la Guinée, est d'environ 3 700 000 USD.

Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)

Le PNUD appuie le secteur de la santé dans la lutte contre le VIH/sida, selon trois axes d'intervention prioritaires qui sont :

- Le soutien au traitement des questions relatives au VIH et à la gouvernance, à savoir, VIH et droits humains, et VIH et genre ;
- Le renforcement des capacités des autorités nationales pour gérer efficacement la réponse au VIH ;
- La promotion des droits humains et l'égalité de genre, pour réduire la vulnérabilité au VIH.

Ces axes d'intervention seront formalisés dans le document de coopération Guinée-PNUD, 2008-2012 (en cours d'élaboration). Les activités prévues dans le plan de travail 2008, pour un coût total de 350 000\$ USD, viseront l'appui à la décentralisation et le renforcement des capacités des comités régionaux de lutte contre le VIH/sida, la réalisation d'une étude d'impact du VIH/sida, sur différents secteurs socio-économiques, et l'appui aux professionnelles du sexe, par des séances de sensibilisation et de formation.

Union européenne (UE)

L'Union européenne appuie actuellement le secteur de la santé. Cette assistance se poursuivra à travers le 10^{ème} FED, pour la période 2010-2014. Un montant de 7 000 000 euros d'aide budgétaire est prévu à cet effet, pour couvrir les domaines suivants :

- Infrastructures et équipements, 50% ;
- Gestion hospitalière, 18% ;
- Secteur pharmaceutique, 16% ;
- Assistance technique, 16%.

En dehors du budget du FED, l'Union européenne, sur ses fonds propres, intervient dans le secteur de la santé, en finançant les activités menées par les ONG internationales telles que MSF/Suisse et MSF/Belgique, pour la période 2005-2009.

Banque africaine de Développement (BAD)

La Banque africaine de Développement appuie le secteur de la santé, à travers le projet de renforcement du système de santé.

Ce projet qui couvre la période 2002-2008, pour une enveloppe globale de 11 857 000 USD, est financé par la Banque à 90%, et l'Etat guinéen pour les 10% restants.

Les principales composantes de ce projet sont :

- Le renforcement des capacités du système ;
- L'appui aux programmes prioritaires de maternité sans risque, de lutte contre le paludisme et les IST/sida ;
- L'amélioration de la couverture sanitaire dans les districts de Gaoual, Koundara et Tougué ainsi que dans la zone périphérique de Conakry.

Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI)

L'Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI)¹⁴, soutient le Programme élargi de Vaccination (PEV), par l'achat de vaccins et de matériels de vaccination, pour la période couverte par le Plan Pluri annuel complet (PPAC) 2007-2011. Le montant total des prévisions de financement par GAVI, est de 26 384 077 USD, sur les 53 467 629, nécessaires, soit environ 50% du budget total de ce plan.

Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme

Le Fonds mondial appuie le Gouvernement guinéen dans la lutte contre le paludisme, le sida et la tuberculose. Les financements en cours, dans ce cadre, s'étalent sur trois périodes (cycles) : cycle 2 et cycle 6 pour le paludisme et le sida, et cycle 5, pour la tuberculose. Les montants prévus pour chacune de ces affections, sont :

- Paludisme : 2004 - 2012 : 33 872 436 USD ;
- Sida : 2004 - 2012 : 30 070 580 USD ;
- Tuberculose : 2006 - 2011 : 7 006 102 USD.

Ainsi le montant total prévu pour ces trois affections, d'ici à 2012, s'élève à 70 949 118 USD.

3.2.3 Organisations non gouvernementales (ONG)

Helen Keller International (HKI)

Cette ONG intervient dans deux domaines, à savoir la santé oculaire et la nutrition, pour un budget de 884 000 USD, sur deux années, (2007 et 2008)

Médecins Sans Frontières Belgique et Suisse

Ces deux ONG internationales, qui bénéficient du financement de l'Union européenne, appuient le MSP dans la lutte contre le VIH/sida et le paludisme, pour un montant de 4 215 113 euros, couvrant la période 2005-2009. A cet effet, elles assurent la prise en charge des malades du sida et du paludisme, par la fourniture des ARV et des CTA, et la formation du personnel de santé. En outre, elles interviennent dans les urgences.

Association française Raoul Follereau (AFRF)

L'association française Raoul Follereau appuie les programmes de lutte contre la tuberculose, la lèpre et l'ulcère de Buruli, pour un montant annuel d'environ 350 000 USD.

NB: cette liste des partenaires intervenant dans le secteur n'est pas exhaustive.

3.3 MÉCANISMES ET INSTRUMENTS DE COORDINATION

La coordination entre les différents partenaires intervenant dans le secteur de la santé est jugée insuffisante dans l'ensemble. En effet, depuis l'organisation de la table ronde des bailleurs de fonds sur le PNDS, en mars 2004, le suivi de la mise en œuvre des programmes prioritaires n'a pas été effectif.

Les instances de coordination et de suivi des activités du secteur (Comité technique de coordination et Revue annuelle des Soins de santé primaires), ont connu des faiblesses ces dernières années. Le comité de coordination des bailleurs de fonds du secteur de la santé, ne fonctionne pas depuis plus de cinq ans.

Face à ce constat, les partenaires du secteur de la santé, sous l'égide de l'OMS, organisent depuis 2006 des réunions trimestrielles de concertation interne sur la problématique de la coordination des interventions dans le secteur. Pour la pérennisation de cette initiative, le MSP a créé une cellule de suivi et d'évaluation des activités des programmes, projets et structures dont les mécanismes de fonctionnement sont en cours de validation.

C'est pourquoi, le DSRP, et plus particulièrement le PNDS, doivent être utilisés comme cadre de coordination globale. Compte tenu de cette situation, les défis à relever consisteront à :

- Mobiliser tous les partenaires autour du PNDS qui constitue, avec le DSRP, le cadre de référence permettant la revitalisation du groupe thématique santé, et le renforcement de la coordination ;
- Améliorer la coordination entre les partenaires qui apportent un appui dans le domaine de la santé;
- Faire le plaidoyer auprès du Gouvernement pour l'augmentation des ressources nationales allouées au secteur de la santé, et renforcer la coordination pour une gestion rationnelle des ressources extérieures ;
- Favoriser la participation des représentants de réseaux d'ONG aux réunions des intervenants du secteur de la santé.

La coordination au sein des agences du Système des Nations Unies se fait essentiellement au cours des réunions des chefs d'agences. Cette coordination est appuyée par les équipes techniques inter agences déjà constituées et opérationnelles, à savoir, le Groupe d'Harmonisation des Programmes (GHP), l'Equipe de la Gestion Opérationnelle - Operational Management Team - (OMT) et le Groupe d'Information et de Communication (GIC).

En outre, les réunions statutaires des différents groupes thématiques ou sectoriels de travail (Médicaments, CCIA, Paludisme, VIH/sida, Sécurité alimentaire, Eau/assainissement, etc.), serviront de cadre de concertation entre le SNU et les services techniques concernés de l'Administration. Les membres de ces groupes constitueront l'ossature de la plate forme de coordination du CANUD.

Ces trois groupes auront comme mission de suivre la mise en œuvre du CANUD, de proposer les ajustements nécessaires et d'organiser les évaluations.

SECTION 4

CADRE STRATEGIQUE DE L'OMS: ORIENTATIONS GLOBALES ET RÉGIONALES

4.1 BUT ET MISSION

La mission de l'OMS est «d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible» (article 1 de la Constitution de l'OMS). La stratégie institutionnelle, le 11ème Programme général de Travail 2006-2015³, et les Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009⁵ définissent les principales actions que l'OMS entend mettre en œuvre pour maximiser sa contribution à l'amélioration de la santé.

L'Organisation s'attache en effet à renforcer son rôle directeur dans le domaine de la santé, aussi bien sur le plan technique que sur celui des politiques, tout comme ses capacités de gestionnaire, afin de répondre aux besoins des États Membres, notamment pour ce qui est de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

4.2 FONCTIONS ESSENTIELLES

Sur la base de ses avantages comparatifs², l'action de l'OMS est guidée par les six fonctions essentielles suivantes :

- (i) Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé, et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
- (ii) Fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ;
- (iii) Fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application ;
- (iv) Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
- (v) Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ;
- (vi) Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances.

4.3 NOUVELLES MÉTHODES DE TRAVAIL

Dans sa stratégie institutionnelle et face aux grands changements mondiaux, l'OMS met l'accent sur la réponse suivante :

- Envisager la santé sous un angle plus large ; c'est-à-dire, dans le contexte du développement, de l'action humanitaire, de l'égalité entre hommes et femmes, des droits de la personne, en s'intéressant tout particulièrement aux liens entre la santé et la lutte contre la pauvreté ;
- Jouer un rôle plus important dans l'instauration d'un consensus national et international sur les politiques, stratégies et principes de santé, en veillant à

l'acquisition de données de recherche, de connaissances et de compétences techniques et à leur application ;

- Inciter à mener une action plus efficace, pour promouvoir et améliorer la santé, et pour réduire les inégalités en santé, en négociant des partenariats et en se prévalant du rôle de catalyseur joué par d'autres ;
- Créer une culture d'entreprise qui encourage la réflexion stratégique, la promptitude dans l'action, la création de nouveaux liens, l'innovation et la rigueur, et étendre l'influence de l'Organisation dans le monde.

4.4 PROGRAMME MONDIAL D'ACTION SANITAIRE

Pour combler les lacunes en matière de justice sociale, de responsabilité, de mise en œuvre et de connaissances dans le domaine de la santé, le programme mondial d'action sanitaire identifie les sept domaines prioritaires suivants :

- (i) Investir dans la santé pour réduire la pauvreté ;
- (ii) Renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale ;
- (iii) Promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la santé ;
- (iv) Influencer sur les déterminants de la santé ;
- (v) Renforcer les systèmes de santé et en rendre l'accès plus équitable ;
- (vi) Exploiter le savoir, la science et la technologie ;
- (vii) Renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

Par ailleurs, le Directeur général de l'OMS a proposé d'inscrire les six points suivants au programme de l'Organisation :

Point 1 : Le développement sanitaire ;

Point 2 : La Sécurité sanitaire ;

Point 3 : Les systèmes de santé ;

Point 4 : Les données factuelles à l'appui des stratégies ;

Point 5 : Les partenariats ;

Point 6 : L'amélioration de la performance de l'OMS.

Elle a également indiqué que l'action de l'Organisation devrait être jugée d'après son effet sur la santé des femmes et celle des populations africaines.

4.5 PRIORITÉS AU NIVEAU MONDIAL

Pour répondre à la nécessité de rendre ses interventions plus efficaces, et compte tenu de la limitation des ressources, l'OMS a sélectionné un certain nombre de priorités, pour les années à venir.

Ainsi le « Onzième Programme général de Travail de l'OMS³ » fixe, au niveau mondial, les priorités suivantes :

- (i) Apporter un appui aux pays, pour qu'ils instaurent la couverture universelle des interventions efficaces de santé publique ;
- (ii) Renforcer la sécurité sanitaire dans le monde ;
- (iii) Concevoir des mesures durables, dans tous les secteurs concernés, pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;
- (iv) Développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique, sous la direction renforcée des ministères de la santé ;
- (v) Renforcer le rôle directeur de l'OMS, aux niveaux mondial et régional, et soutenir l'action des gouvernements, au niveau des pays.

4.6 PRIORITÉS AU NIVEAU RÉGIONAL

Les priorités établies au niveau régional tiennent compte des documents d'orientation, au niveau mondial, et des résolutions adoptées par les organes directeurs de l'OMS, des Objectifs du Millénaire pour le Développement, de la Stratégie de la Santé du NEPAD¹⁵, des résolutions adoptées sur la santé par les Chefs d'État de l'Union africaine, et des Objectifs stratégiques de l'Organisation, définis dans le Plan stratégique à moyen terme (PSMT) 2008-2013⁴.

Elles portent notamment sur :

- La prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- La survie de l'enfant et la santé maternelle ;
- L'action humanitaire en situation d'urgence ;
- La promotion de la santé ;
- L'élaboration de politiques visant à mettre la santé au service du développement et à agir sur d'autres déterminants de la santé.

Les autres objectifs prioritaires couvrent:

- La santé et l'environnement;
- La sécurité sanitaire des aliments et la nutrition;
- Les systèmes de santé (politiques, prestation de services, financement, technologies et laboratoires);
- La gouvernance et les partenariats;
- La prise en charge et l'infrastructure.

En plus des priorités susmentionnées, la Région entend fournir aux pays un appui dans leurs efforts pour atteindre les OMD relatifs à la santé et s'attaquer à la crise des ressources humaines. En collaboration avec les autres organisations concernées, elle participe au processus d'identification des voies et moyens pour mobiliser des fonds en vue d'aider les pays à réaliser leurs objectifs, processus placé sous la conduite des pays eux-mêmes.

Pour s'attaquer à ces défis supplémentaires, la Région accorde une haute priorité à la décentralisation et à la mise en place des équipes d'appui inter-pays, pour mieux aider les pays dans leurs efforts de décentralisation, afin de s'assurer que les communautés tirent le meilleur parti de l'appui technique fourni.

Pour garantir l'efficacité de l'action dans ces domaines prioritaires, la Région s'appuiera sur les orientations stratégiques suivantes:

- (i) Renforcement des bureaux de pays de l'OMS;
- (ii) Amélioration des relations de partenariat et extension des partenariats pour la santé;
- (iii) Fourniture d'un appui pour la planification et la gestion des systèmes de santé de district;
- (iv) Promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles liées aux problèmes de santé prioritaires;
- (v) Intensification des activités de sensibilisation et d'amélioration de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

4.7 RENFORCEMENT DE L'EFFICACITÉ DE L'ACTION DE L'OMS, AU NIVEAU DES PAYS

Au niveau des pays, les stratégies de coopération OMS avec les pays déboucheront sur des résultats qui varieront d'un pays à l'autre, en fonction du contexte spécifique du pays et des défis en matière de santé et développement, en fonction aussi de l'implication d'autres partenaires, des interventions en cours de l'OMS dans et avec le pays, ainsi que du cadre de coopération, aux niveaux mondial et régional.

Aussi, la stratégie de coopération avec le pays devra-t-elle établir un équilibre entre ses principales fonctions, au niveau du pays, c'est-à-dire, être davantage un conseiller, un agent catalyseur, et s'impliquer dans des activités de routine précises, ainsi que dans des initiatives bien identifiées et pour un temps limité.

Cependant, en s'appuyant sur le mandat de l'OMS et sur ses avantages comparatifs, les six fonctions essentielles de l'Organisation, présentées au point 3.2 ci-dessus, pourraient faire l'objet d'ajustements en tenant compte des besoins individuels des pays.

SECTION 5

COOPERATION ACTUELLE DE L'OMS

5.1 CENTRE D'INTÉRÊT DU PLAN STRATÉGIQUE DE L'OMS, À MOYEN TERME

Le principal centre d'intérêt du plan stratégique de l'OMS à moyen terme est d'accompagner la Guinée dans la mise en œuvre du PNDS¹ dont les objectifs et axes stratégiques sont en adéquation avec la vision et les directives de l'OMS, pour l'amélioration de l'état de santé des populations.

Ces objectifs et axes stratégiques sont :

Objectifs :

- **Objectif général** : Contribuer au développement socio-économique global du pays, par l'amélioration de l'état de santé de la population ;
- **Objectif spécifique** : Mettre en place, d'ici l'an 2010, un système de santé accessible et capable de répondre aux besoins de santé de la population, et de contribuer à la réduction de la pauvreté.

Axes stratégiques du PNDS :

- (i) Lutte intégrée contre la maladie et la mortalité maternelle ;
- (ii) Renforcement de la capacité institutionnelle et de gestion ;
- (iii) Amélioration de l'offre de soins et de l'utilisation des services ;
- (iv) Développement des ressources humaines ;
- (v) Promotion de la santé.

5.2 INTERVENTIONS DE L'OMS DANS LE PAYS

La coopération de l'OMS avec la Guinée est régie par l'Accord de base signé en 1961 par le Président de la République de Guinée et le Directeur du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

Sur la base de son Onzième Programme général de Travail 2006-2015³, l'OMS s'est dotée d'un Plan stratégique à moyen terme 2008-2013⁴, duquel vont découler les plans de travail pour les trois périodes biennales à venir.

Sur les 13 objectifs stratégiques définis dans le plan stratégique à moyen terme, le Bureau de l'OMS en Guinée a retenu 11, en accord avec le MSP, pour son programme de coopération pour le biennium 2008-2009.

Il s'agit de :

- i) réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles ;
- ii) combattre le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme ;
- iii) prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et à la violence ;
- iv) réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et reproductive ;
- v) réduire les effets sur la santé, des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques ;
- vi) promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psycho actives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque ;
- vii) traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé, à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé, et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'Homme ;
- viii) promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs, de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé, liées à l'environnement ;
- ix) améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires, sur toute la durée de la vie, et à l'appui de la santé publique et du développement durable ;
- x) améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles ;
- xi) élargir l'accès aux technologies et produits médicaux, et en améliorer la qualité et l'utilisation.

Le Programme de Coopération pour le biennium 2008-2009, contribue à la mise en œuvre du PNDS 2003-2012¹, en mettant l'accent sur l'appui stratégique et technique qui sera apporté au Ministère de la Santé, et en minimisant l'appui aux activités de routine. Pour la réalisation de son programme, l'OMS prévoit sur les contributions fixées (budget ordinaire), un montant de 3 155 000 USD et sur les fonds volontaires (fonds extrabudgétaires) un montant de 4 395 000 USD.

Pour la mise en œuvre de ses activités de coopération, l'OMS compte un effectif de 34 personnes, constitué de 9 administrateurs de programmes et 25 agents administratifs et d'appui.

Au cours de la mise en œuvre de la première SCP, le Bureau pays a été renforcé par le recrutement des nouveaux personnels (ICT, LOG et PHE).

Au vu du rôle de plus en plus dévolu au Bureau pays, dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé du pays et la coordination des interventions des partenaires, le recrutement de nouveaux personnels s'avère nécessaire. Ainsi, en tenant compte de l'exercice de restructuration du Bureau de la Représentation de l'OMS en Guinée, cinq (5) professionnels et (5) personnels des services généraux devront être recrutés pour renforcer l'équipe pays

dans la mise en œuvre des programmes relatifs à l'IER, EHA, PEV/rougeole, HIV/TUB.

Par ailleurs, une nouvelle organisation de travail, en cinq groupes, a été adoptée :

- i) Groupe Renforcement du système de santé ;
- ii) Groupe Lutte contre la maladie ;
- iii) Groupe Environnement favorable à la santé,
- iv) Groupe Gestion des situations d'urgence ;
- v) Groupe Support administratif.

Le processus de renforcement des capacités techniques de l'équipe pays (Bureau de la Représentation et Sous bureaux de Kissidougou et Nzérékoré) devra se poursuivre, notamment, par la formation en gestion, informatique, nouvelles technologies de l'information et de la communication, langue anglaise ; de même qu'en négociation, leadership et plaidoyer.

En matière de communication et de logistique, le Bureau pays poursuivra le processus de renforcement des équipements pour s'adapter aux nouvelles exigences technologiques, avec l'appui du Bureau régional et du Siège.

5.3 APPUI DE L'EQUIPE INTER-PAYS, DU BUREAU RÉGIONAL ET DU SIÈGE

La revue des missions effectuées en Guinée, entre 2004 et 2007, par des consultants venus du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ou du Siège, montre que sur 37 missions recensées, 73% ont porté sur l'appui aux activités de lutte contre la maladie, 14% en appui aux activités liées à la Santé et environnement, 8% dans le cadre de la gestion des urgences et 5% pour le renforcement du système de santé.

Cette stratégie de deuxième génération guidera les appuis de l'Equipe Inter-pays, du Bureau régional et du Siège, pour la période 2008-2013, en Guinée, conformément à l'idée d'une seule entité. L'appui technique à fournir sera particulièrement important dans la contribution à l'exécution des plans de travail biennaux et à l'optimisation des activités de l'OMS. L'appui attendu de l'équipe inter pays et du Bureau régional portera notamment sur la formulation des politiques/programmes, le suivi/évaluation, la formation des personnels et la mobilisation des ressources, tandis que celui du Siège sera orienté vers la mobilisation des ressources, la recherche en santé et la fourniture des médicaments/matériels/équipements, dans les situations d'urgence.

Pour renforcer les compétences du Bureau pays et lui permettre de jouer son rôle de facilitateur, les domaines d'intervention ci-après seront ciblés pour cet appui :

- le renforcement du système de santé, y compris les Soins de Santé primaires ;
- la prévention et la lutte contre la maladie ;
- la santé de la reproduction ;
- les ressources humaines ;
- la promotion de la santé ;
- la gestion du système national d'information sanitaire, y compris la recherche en santé ;
- la Santé et environnement et la sécurité sanitaire des aliments ;
- la gestion des urgences et catastrophes ;
- le secteur pharmaceutique.

SECTION 6

PROGRAMME STRATEGIQUE : PRIORITES RETENUES POUR LA COOPERATION DE L'OMS AVEC LA GUINEE

En prenant en compte les résultats de l'analyse interne des deux dernières période biennales et ceux obtenus de l'analyse des résultats des fiches de collecte des informations et des entretiens, avec les structures du MSP et les partenaires de la coopération bilatérale et multilatérale, il ressort que les quatre axes stratégiques de la SCP 1^{ère} génération demeurent tous pertinents.

Ainsi, la présente Stratégie de Coopération Pays sera bâtie autour des mêmes axes stratégiques.

6.1 CHANGEMENT DANS LES DIRECTIONS GÉNÉRALES

La Stratégie de Coopération 2008-2013 vise à guider les interventions de l'OMS, au cours des six prochaines années. Pour faire face aux nombreux défis auxquels le pays est confronté, dans le secteur de la santé, notamment la mobilisation des ressources interne et externe, le Bureau pays mènera des actions de plaidoyer auprès des partenaires, pour accroître les ressources en faveur de la santé. Aussi, à travers des mécanismes de concertation et de coordination, le Bureau s'emploiera-t-il à la recherche de synergies avec les partenaires stratégiques, pour l'élaboration et la mise en œuvre des programmes, en vue de maximiser les ressources et optimiser les résultats des interventions.

6.2 OBJECTIFS

La Stratégie de Coopération avec les Pays (SCP), vise à créer un environnement propice au renforcement de la capacité du Bureau de l'OMS dans son appui technique aux autorités nationales, à travers la recherche de consensus sur les politiques sanitaires, les stratégies, les normes, et la mise en œuvre d'actions essentielles de santé, en vue d'un développement socio-économique plus harmonieux du pays.

Plus spécifiquement, la SCP a pour objectifs de :

- adapter l'action de l'OMS aux changements en cours dans le monde ;
- améliorer/réorienter sa coopération avec le pays;
- renforcer la culture institutionnelle de l'Organisation et le partenariat dans le pays.

6.3 COMPOSANTES DU PROGRAMME STRATÉGIQUE

Face aux défis actuels du secteur santé en Guinée et compte tenu du nouvel environnement mondial, notamment en ce qui concerne la réforme du Système des Nations-Unies, l'aide au développement, les différentes initiatives de partenariat, des missions et fonctions de l'Organisation, quatre (4) axes stratégiques ont été définis pour les trois prochaines périodes biennales (2008–2009, 2010–2011 et 2012–2013), à savoir :

- Le renforcement du système de santé;
- La lutte contre la maladie;
- La création d'un environnement favorable à la santé et la gestion des situations d'urgence.

Axe stratégique n°.1 : Renforcement du système de santé

Organisation du système de santé

L'OMS appuiera le MSP auprès des partenaires pour développer l'approche sectorielle, en vue de l'atteinte des différents objectifs du PNDS¹. Elle l'accompagnera dans la redynamisation des instances de coordination du secteur et de suivi du PNDS¹ en particulier, à travers les comités de coordination des partenaires et les comités techniques, aux différents niveaux du système de santé. Enfin, l'OMS contribuera à la mise en place d'un système de financement durable de la santé, à travers l'établissement des comptes nationaux de la santé, et l'appui au MSP dans les négociations avec les responsables des institutions de financement.

La priorité du Département de la Santé est d'améliorer la performance du secteur, à travers le renforcement de la couverture sanitaire, aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire, afin de garantir l'accès équitable à un paquet de soins et services de santé essentiels, de meilleure qualité.

A cet égard, l'OMS apportera son appui au Gouvernement pour :

- Le développement du plaidoyer, pour que la santé soit mieux prise en compte dans la Stratégie de réduction de la pauvreté ;
- L'opérationnalisation de la composante santé du DSRP⁸ (sélection des interventions visant les plus démunis, et choix des alternatives de financement durable) ;
- Le renforcement du rôle de régulation, de coordination et de contrôle du Ministère de la Santé publique ;
- Le renforcement des capacités de planification, de suivi et d'évaluation des structures de santé ;
- La poursuite de la décentralisation du système de santé à travers l'opérationnalisation des districts de santé ;
- Le renforcement de la mise en œuvre de la Politique pharmaceutique nationale, par la rationalisation de la prescription, le contrôle de qualité et la réglementation pharmaceutique ;
- Le renforcement des capacités nationales, pour la mise en œuvre du plan directeur de la médecine traditionnelle ;
- L'amélioration de l'assurance qualité des soins et services dans les structures sanitaires, par la mise en place du PMAC et l'application des normes et procédures déjà définies ;

- L'élaboration et la mise en œuvre de la politique nationale de contractualisation ;
- La mise en œuvre de la réforme hospitalière, y compris le développement de la télémédecine ;
- La mise en œuvre de la politique de maintenance des infrastructures et de la logistique, à tous les niveaux du système de santé;
- Le renforcement des capacités nationales dans la mise en place des comptes nationaux de santé.

Développement des ressources humaines

Le développement des ressources humaines constitue un axe stratégique majeur du PNDS 2003-2012.

Pour y parvenir, l'OMS apportera un appui pour :

- L'actualisation du Plan de développement des ressources humaines ;
- Le renforcement des compétences nationales, par la formation initiale et la formation continue ;
- Le développement des institutions nationales de formation.

Gestion, utilisation de l'information sanitaire, et développement de la recherche

Prenant en compte le souci du MSP, de développer un système d'information sanitaire et de recherche, permettant la prise de décision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, l'OMS apportera un appui pour :

- L'évaluation et la mise à jour du SNIS par l'introduction de nouveaux indicateurs ;
- Le renforcement des capacités de gestion du système national d'information sanitaire (SNIS), de coordination et de diffusion des résultats de recherches ;
- Le plaidoyer en vue d'un engagement accru de l'Etat et des partenaires pour le financement du SNIS et de la recherche;
- Le renforcement des capacités de l'Institut national de santé publique et le développement de la recherche essentielle en santé.

Axe stratégique n°.2 : Lutte intégrée contre la maladie et la mortalité maternelle, néonatale et infantile

- Prévention, éradication et contrôle/surveillance des maladies transmissibles.

Ce domaine s'inscrit dans le cadre des axes prioritaires du PNDS¹. A cet effet, le MSP a élaboré des documents de politiques et de programmes de lutte contre la maladie.

L'OMS apportera son appui technique dans la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des stratégies pour :

- Le renforcement des activités de vaccination, à travers la mise en œuvre de la stratégie ACD et des campagnes spécifiques ;
- Le renforcement des activités d'élimination de la lèpre, dracunculose, poliomyélite, tétanos maternel et néonatal ;
- La fourniture des médicaments aux programmes (lèpre, tuberculose, THA et onchocercose) ;

- Le renforcement de la capacité des laboratoires impliqués dans la surveillance intégrée de la maladie (méningite, choléra, fièvre jaune et rougeole) ;
- Le renforcement des capacités nationales en matière de préparation, de surveillance et de riposte contre la grippe aviaire ;
- L'élaboration et la mise en œuvre du plan stratégique 2008-2012, de lutte contre les maladies tropicales négligées ;
- Le renforcement de la surveillance épidémiologique de la cécité, et la prise en charge des cas des maladies cécitantes.

Paludisme :

L'objectif visé par le MSP est la réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme, à travers la prévention et la prise en charge adéquate des cas. A ce titre, l'OMS apportera son appui pour :

- Le renforcement de la stratégie de prévention et de prise en charge du paludisme, chez les femmes enceintes, et les enfants de moins de 5 ans ;
- Le renforcement des capacités nationales, dans la surveillance intégrée, le monitoring, le suivi et l'évaluation dans le domaine du paludisme ;
- Le renforcement de la coordination et du partenariat ;
- La mise à jour de la politique et des stratégies de prise en charge des cas, notamment au niveau communautaire ;
- La promotion de l'utilisation des matériaux imprégnés d'insecticides.

Tuberculose :

Dans la lutte contre la tuberculose, l'objectif du MSP est la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la tuberculose.

Dans ce cadre, l'OMS appuiera la consolidation et l'extension de la stratégie DOTS par :

- L'intégration et l'extension de la DOTS communautaire ;
- L'extension de la prise en charge de la co-infection TB/VIH ;
- La mise en œuvre de l'Approche pratique santé respiratoire ;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan pour la prise en charge de la tuberculose multi résistante.

VIH/sida. La lutte contre le VIH/sida est une des priorités nationales. L'OMS apportera son appui technique dans l'élaboration et la mise en œuvre du cadre stratégique national 2008-2012, de lutte contre le VIH/sida.

Surveillance, prévention et gestion des maladies non transmissibles

Pour une plus grande efficacité des interventions et en vue de faire le point sur la morbidité et la mortalité attribuables aux maladies non transmissibles, l'OMS appuiera le MSP dans :

- L'élaboration de politiques et programmes intégrés de contrôle des maladies non transmissibles, selon l'approche STEP (diabète, HTA, maladies cardio-vasculaires, cancer, tabagisme) ;

- L'élaboration de politiques et programmes pour la prise en charge de la drépanocytose, de la surdité, des violences, des traumatismes et des accidents de la route.

Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; santé sexuelle et reproductive

La réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile constitue l'un des axes prioritaires du PNDS. La contribution de l'OMS se fera à travers la mise en œuvre des plans d'action, des programmes nationaux de santé de la reproduction, de la maternité sans risque, de la survie de l'enfant et des personnes âgées.

Les interventions porteront sur :

- L'appui à la mise à échelle de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) ;
- L'appui à la mise en œuvre du plan stratégique Santé et développement de l'adolescent et du jeune ;
- L'appui à la mise en œuvre de la Feuille de route nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile ;
- L'appui à la promotion de la santé sexuelle et reproductive ;
- L'appui à l'élaboration et la mise en œuvre de la Politique nationale de santé des personnes âgées.

Axe stratégique n° 3 : Création d'un environnement favorable à la santé

Santé et environnement

Face à l'ampleur des problèmes de santé liés aux questions d'hygiène & assainissement et de santé au travail, l'OMS apportera son appui pour:

- Le renforcement du cadre juridique et institutionnel du volet santé et environnement ;
- Le renforcement des capacités nationales en matière de contrôle de la qualité de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement;
- La mise en œuvre de la Politique nationale de santé au travail.

Sécurité sanitaire des aliments et nutrition

L'OMS, en collaboration avec les partenaires, apportera son appui pour:

- Le renforcement des capacités nationales en matière de sécurité sanitaire des aliments;
- Le renforcement des compétences nationales en matière de surveillance nutritionnelle et de lutte contre les carences en micronutriments;
- La promotion des actions essentielles en nutrition.

Promotion de la santé

Cinquième axe stratégique du PNDS¹, la promotion de la santé est conçue comme une approche permettant de favoriser la complémentarité et la synergie des actions de tous les partenaires et de renforcer la participation communautaire dans le développement du système de santé.

L'OMS apportera son appui à la mise en œuvre de la Politique nationale de Promotion de la santé

Axe stratégique n° 4 : Gestion des situations d'urgence

Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours

Cet axe s'inscrit dans l'objectif de la réponse aux situations d'urgence et la réduction de la vulnérabilité des réfugiés, déplacés et populations-hôtes affectées par les crises ou conflits ainsi que les victimes de calamités naturelles.

A ce titre, l'OMS apportera son soutien pour :

- Le plaidoyer, en vue de la mobilisation des ressources nécessaires ;
- La mise en œuvre du plan d'action national, de préparation et de réponse aux situations d'urgences, épidémies et catastrophes.

SECTION 7

MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATEGIQUE

La Stratégie de Coopération 2^{ème} génération de l'OMS avec la Guinée, s'inscrit dans le cadre d'une réponse appropriée et efficace aux besoins prioritaires du pays. Compte tenu de son mandat et de ses avantages comparatifs l'OMS mettra en œuvre des stratégies qui répondent à l'accomplissement de ses fonctions essentielles. Le renforcement de son rôle de leadership et de conseiller, dans le domaine de la santé, devrait lui permettre d'apporter l'appui stratégique et technique requis, et d'harmoniser ses efforts avec ceux des autres partenaires, dans la mise en œuvre de la stratégie de coopération de l'OMS avec le pays.

L'application de la stratégie de coopération avec le pays nécessitera un effort de partenariat élargi, pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, et d'autres cibles en rapport avec la santé et les situations d'urgence, afin de promouvoir l'interaction indispensable avec les autres secteurs. Dans ce contexte, le Ministère en charge de la Santé, les autres partenaires au développement sanitaire ou à l'action humanitaire et la société civile participeront ensemble à cette mise en œuvre.

La structure des différents budgets programmes, au fil des cycles, traduit une prépondérance des fonds provenant des contributions volontaires, des donateurs, sur les fonds issus des contributions des États Membres. Mais les fonds volontaires planifiés, ne sont souvent que partiellement recouverts. Ainsi, la mise en œuvre de l'agenda stratégique, exigera l'établissement de partenariats et un plaidoyer de proximité, à tous les niveaux, pour une mobilisation accrue de ressources, en dehors du budget ordinaire de l'OMS.

7.1 RESPONSABILITÉS DU BUREAU PAYS

Le Bureau pays gardera un contact permanent avec l'Equipe inter pays de l'Afrique de l'Ouest, le Bureau régional et le Siège pour bénéficier de leur appui technique et des fonds volontaires mobilisés. Il développera, de son côté, en étroite concertation avec la tutelle, des initiatives appropriées de mobilisation de ressources, pour honorer les engagements, dans l'exécution des activités relatives à l'agenda stratégique.

Aussi, il appuiera le MSP dans la coordination, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions des partenaires du secteur de la santé et continuera à jouer son rôle de Chef de file dans les actions de santé du groupe d'harmonisation des programmes, au sein du système des Nations Unies. En outre, il apportera son soutien dans le développement des activités de recherche.

Enfin, le Bureau pays fournira ou facilitera l'appui technique nécessaire au Ministère en charge de la santé et aux autres partenaires, dans le cadre du renforcement des capacités de leurs équipes techniques et opérationnelles.

7.2 RESPONSABILITÉS DU BUREAU RÉGIONAL ET DU SIÈGE

La mise en œuvre de l'agenda stratégique se fera avec l'implication complémentaire des différents niveaux de l'Organisation tout entière, et ceci à travers les plans biennaux de la période 2008-2013. Le Bureau régional, l'équipe inter pays pour l'Afrique de l'Ouest et le Siège devraient fournir leur expertise de manière coordonnée avec le Bureau pays, et répondre aux autres sollicitations (ressources financières supplémentaires, documentation etc.) dans les délais souhaités.

En vue d'une plus grande efficacité de la présence de l'OMS au niveau du pays, l'équipe inter pays, le Bureau régional et le Siège devront apporter l'appui technique nécessaire, notamment dans les domaines du développement de partenariats, du plaidoyer pour la mobilisation des ressources, du développement des ressources humaines, de l'élaboration des comptes nationaux de la santé, de la lutte intégrée contre la maladie et la mortalité maternelle et infantile, du renforcement du système de santé, de la création d'un environnement favorable à la santé et de la gestion des situations d'urgence.

Le Bureau régional, l'Equipe inter pays et le Siège devront contribuer au renforcement des capacités techniques du Bureau de pays et des responsables nationaux, par des formations ou recyclages, des voyages d'études et des participations aux réunions techniques qu'ils organisent.

SECTION 8

MÉCANISMES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation de la Stratégie de Coopération 2^{ème} génération avec le pays s'inscriront dans le cadre du processus gestionnaire intégré de l'OMS, et des mécanismes nationaux de coordination et de suivi du secteur de la santé. Ces exercices se feront par segment, correspondant au suivi et à l'évaluation des plans de travail biennaux.

Le suivi semi annuel intervient tous les six mois et permet de mesurer la réalisation des activités et le niveau de livraison des produits. Cette étape permet également d'identifier les problèmes/contraintes dans la mise en œuvre des activités et de proposer des pistes de solution.

L'évaluation à mi parcours permettra de revoir la mise en œuvre du plan de travail de la fin de la première année, afin de mesurer l'atteinte des résultats escomptés. Elle permet au besoin une re-planification des activités.

L'évaluation biennale intervient à la fin de la deuxième année du biennium et permet de mesurer le degré d'atteinte des résultats escomptés sur la base des indicateurs de performance qui montrent la contribution de l'OMS à l'atteinte des objectifs de la SCP2, du PNDS et du DSRP.

L'évaluation de la Stratégie de Coopération, intervient à la fin de la sixième année de mise en œuvre de la stratégie. Une évaluation externe par une équipe mixte, composée de représentants de pays, des partenaires techniques et financiers, du Bureau régional et du Siège de l'OMS, pourra être envisagée. Elle porterait sur l'adéquation entre les objectifs qui ont été définis et les résultats observés.

Le Ministère en charge de la santé et les partenaires seront pleinement associés à ces différentes étapes.

CONCLUSION

L'élaboration de la présente Stratégie de Coopération pays 2008-2013, qui a bénéficié de la collaboration active de tous les acteurs du secteur de la santé du pays, s'est faite sur la base d'une analyse exhaustive de la précédente stratégie.

Ceci a permis d'identifier des stratégies pertinentes, conformes aux préoccupations actuelles, aussi bien des autorités sanitaires nationales que de celles de l'OMS. Sa mise en œuvre, cependant, démarre dans un contexte caractérisé par une situation socio-politique et économique encore fragile due, entre autres, à la dégradation importante du pouvoir d'achat des populations.

Par ailleurs, malgré un appui important de la communauté internationale lors de la précédente stratégie de coopération (2004-2007), dans la réhabilitation et le fonctionnement des structures sanitaires, force est de constater que le système de santé ne parvient pas encore à satisfaire totalement les besoins de santé prioritaires des populations.

C'est ainsi que dans la mise en œuvre de la présente stratégie de coopération pays, une attention particulière portera sur la planification des activités tenant compte des priorités du pays et des avantages comparatifs des partenaires, une meilleure adéquation entre l'offre de services de l'OMS et la demande du pays, pour une plus grande efficacité de ses services, une meilleure coordination des interventions des partenaires du MSP et une utilisation rationnelle des ressources disponibles.

Pour ce faire, le Bureau pays continuera à jouer son rôle de conseiller principal du Ministère en charge de la santé, mais aussi de leadership auprès de tous les partenaires, en vue de leur plus grande participation à la mobilisation des ressources nécessaires.

Cette volonté manifeste de concertation et de collaboration de l'OMS et des partenaires, couplée à un engagement accru de l'État, pour faire face aux défis actuels de santé, permettra certainement d'espérer un changement pour une amélioration notable de l'état de santé des populations guinéennes, à l'horizon 2015.

ANNEXES

TABLEAU SYNTHÈSE : CONTRIBUTIONS FINANCIÈRES DES PARTENAIRES

| | Nom du partenaire | Domaines d'intervention | Montant prévu | Période couverte |
|---------------------------|---|---|------------------------------------|----------------------------|
| Coopération bilatérale | Agence française de développement (AFD) | <ul style="list-style-type: none"> - Gestion hospitalière - Gestion des ressources humaines - Renforcement des capacités - Appui à la santé urbaine | 1.500.000 euros | 2006-2008 |
| | Coopération technique allemande (GTZ) | <ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre le VIH/sida - Amélioration de la qualité des soins - Renforcement de la capacité des communautés, en matière de santé | 7.500.000 euros | 2001-2009 |
| | Agence américaine pour le développement international (USAID) | <ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre le VIH/sida - Renforcement des capacités de la Pharmacie centrale de Guinée (PCG) - Formation des sages femmes de l'école de santé de Kindia - Renforcement des capacités, dans le domaine de la surveillance épidémiologique (PFA, Grippe aviaire) | 6.500.000 \$US | 2006-2009 |
| | Coopération japonaise (JICA) | <ul style="list-style-type: none"> - Approvisionnement en vaccins et matériels de chaîne de froid pour le PEV, - Renforcement institutionnel et logistique | 2.232.000 \$US | 2006-2008 |
| | Fnds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) | <ul style="list-style-type: none"> - Programme élargi de vaccination, - Soins maternels et infantiles de qualité - Nutrition - Lutte contre le VIH/sida - Eau et assainissement | 13.615.000 \$US | 2007-2011 |
| | ONUSIDA | <ul style="list-style-type: none"> - Cartographie des interventions et des intervenants, en matière de lutte contre le VIH/sida - Forum national des partenaires de lutte contre le VIH/sida | 640.000 \$US 2.950.000 \$US | 2008-2009 2007-2011 |
| Coopération multilatérale | Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) | <ul style="list-style-type: none"> - Santé de la reproduction - Population et développement - Genre | 27.790.000 \$US | 2006-2012 |
| | BANQUE MONDIALE (BM) | <ul style="list-style-type: none"> - Mortalité maternelle et infantile | 3.700.000 \$US | 2007-2011 |

| | | | | |
|---|---|---|---------------------|-------------|
| | | - Renforcement des capacités des structures de soins et des communautés. | 350.000 \$US | 2008-2012 |
| | PAM | - Appui nutritionnel aux groupes vulnérables - Appui nutritionnel au PVVIH | 7.000.000 euros | 2005-2009 |
| | PNUD | - VIH et gouvernance- Droits humains, genre et VIH - Renforcement des capacités | 11.857.000 \$US | 2002-2008 |
| | UNION EUROPEENNE (UE) | - Infrastructures et équipement - Gestion hospitalière - Secteur pharmaceutique - Assistance technique | | |
| | BANQUE AFRICAINE DE DEVELOPPEMENT (BAD) | - Renforcement des capacités du système de santé - Maternité sans risque, paludisme et VIH/sida - Infrastructures et équipement | 884.000 \$US | 2007-2008 |
| Organisations Non Gouvernementales et autres institutions | Helen Keller International (HKI) | - Santé oculaire - Nutrition | 4.215.113 euros | 2005-2009 |
| | | | | 2007-2011 |
| | MSF Belgique et Suisse | - VIH/sida, Paludisme - Renforcement des capacités - Approvisionnement (ARV et CTA)- Urgences | 26.384.077 \$US | 2004-2012 |
| | GAVI | - PEV - Financement de 50% du plan pluri annuel complet (PPAC) du programme élargi de vaccination | 70.949.118 \$US | Non définie |
| | FONDS MONDIAL | - VIH/sida- Tuberculose- Paludisme | 350.000 \$US par an | |
| | Raoul Follereau | - Tuberculose- Lèpre- Ulcère de Buruli | | |

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Plan National de Développement Sanitaire (2003-2012), MSP, octobre 2002
2. Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement de la Guinée (2007-2011), SNU
3. Onzième programme général de travail 2006-2015, OMS, Février 2006
4. Plan stratégique à moyen terme, 2008-2013, OMS Genève, Mars 2007
5. Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine (2005-2009)
6. Politique de santé pour tous pour le 21ème siècle dans la Région africaine (Agenda 2020) ; OMS ; 2000
7. Document «Guinée, Vision 2010» : Stratégie de développement socio-économique à l'horizon 2010 : Version 2 ; Ministère charge de l'économie, des finances et du plan ; 1996
8. Document de stratégie de réduction de la pauvreté en Guinée (DSRP 2, 2007-2011) ; Secrétariat permanent de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SP-SRP), août 2007
9. Enquête démographique et de Santé (EDS III, 2005) ; Ministère du Plan ; 2005
10. Rapport d'activités 2007, Projet Education pour tous (PEPT) ; Ministère de l'Education ; 2007
11. Documents de Cadrage macro-économique 2001-2006 ; Ministère de l'Economie et des Finances
12. Direction Nationale de la Statistique : Enquête EIBEP (2002/2003) ; Ministère du Plan ; 2003
13. Appui au Plan National de Développement Sanitaire ; Ministère de la Santé ; 2007
14. L'Alliance Globale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI) ;
15. Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) ; octobre 2001
16. Programme Quinquennal de Développement Sanitaire (2003-2007), MSP, octobre 2002 ;
17. Analyse du Secteur Santé, MSP, Secrétariat Permanent du PNDS, octobre 2000 ;
18. Coopération Technique Guinée-OMS, Budget Programme 2004-2005, OMS/MSP, décembre 2003 ;
19. Coopération Technique Guinée-OMS, Evaluation biennale janvier 2004-décembre 2005, OMS/MSP, décembre 2005
20. Coopération Technique Guinée-OMS, Budget Programme 2006-2007, OMS/MSP, mars 2006 ;

21. Coopération Technique Guinée-OMS, Evaluation biennale janvier 2006-décembre 2007, OMS/MSP, décembre 2007
22. Projet de Restructuration du Bureau de l'OMS en Guinée, OMS Guinée, décembre 2006
23. Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays République de Guinée (2004-2007), Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique, 2005
24. Déclaration de Paris, Mars 2005
25. Déclaration de Rome, Novembre 1996.
26. Loi des Finances Rectificatives ; Guinée ; 2006
27. Loi des Finances; Guinée ; 2007
28. Tableau des Opérations Financières de l'Etat ; Guinée ; 2008
29. Rapport des revues annuelles du PEPT ; Guinée ; 2006

