



REPUBLIQUE DE GUINEE



SYSTEME DES NATIONS UNIES

RAPPORT NATIONAL DE SUIVI DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT EN GUINEE

EDITION 2014



Réduction de l'extrême
pauvreté et de la faim



Assurer l'éducation
primaire pour tous



Promouvoir l'égalité des
sexes et l'autonomisation
des femmes



Réduire la mortalité
infantile



Améliorer la
santé maternelle



Combattre le VIH/sida,
le paludisme et
d'autres maladies



Assurer un
environnement durable



Mettre en place un
partenariat mondial
pour le développement

SOMMAIRE

AVANT PROPOS.....	2
RESUME SYNTHETIQUE.....	4
INTRODUCTION.....	11
1. CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE	12
2. AGENDA DE DEVELOPPEMENT DES OMD ET POLITIQUES PUBLIQUES	14
3. ANALYSE DES TENDANCES ET DES INEGALITES EN MATIERE D'OMD.....	15
3.1 OBJECTIF 1 : REDUIRE L'EXTEME PAUVRETE ET LA FAIM.....	15
3.2 OBJECTIF 2: ASSURER L'ÉDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS.....	25
3.3 OBJECTIF 3: PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES	30
3.4 OBJECTIF 4: REDUIRE LA MORTALITE INFANTO-JUVENILE.....	34
3.5 OBJECTIF 5 : AMELIORER LA SANTE MATERNELLE.....	38
3.6 OBJECTIF 6 : COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES.....	44
3.7 OBJECTIF 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE.....	52
3.8 OBJECTIF 8: METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DEVELOPPEMENT..	59
4. NIVEAU D'ACHEVEMENT DE L'AGENDA DES OMD EN GUINEE ET PROIRITES POST-2015	63
4.1. ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DE LA PROBABILITÉ DE L'ATTEINTE DES OMD DEPUIS 1990.....	63
4.2. IMPACT DES VECTEURS DE FRAGILITÉ SUR LES INVERSIONS CONSTATÉES	64
4.3. ASPIRATIONS NATIONALES ET PRIORITÉS DE DÉVELOPPEMENT À LONG TERME	66
CONCLUSION GENERALE.....	68

SIGLES ET ACRONYMES

ARV :	Anti Rétroviraux
CAS :	Crédit d'Ajustement Structurel
CDMT :	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CEDEAO :	Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest
DSRP :	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
EDS-MICS :	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
EIBC :	Enquête Intégrale Budget – Consommation
EIBEP :	Enquête Intégrée de Base pour l'Evaluation de la Pauvreté
ELEP :	Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté
ENENSE :	Enquête Nationale sur l'Etat Nutritionnel et le Suivi des principaux indicateurs de Survie
FRPC :	Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance
GIZ :	Agence Allemande de Coopération Internationale
HIMO :	Haute Intensité de Main d'œuvre
IADM :	Initiative d'Allègement de la Dette Multilatérale
IEC :	Information, Education et Communication
IPTE :	Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés
LPDA :	Lettre de Politique de Développement Agricole
MPFE :	Ministère de la Promotion Féminine et de l'Enfance
MSHP :	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONU :	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA :	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCINME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies des Nouveau-nés et de l'Enfant
PF :	Planification Familiale
PIB :	Produit Intérieur Brut
PNIA :	Programme National d'Investissements Agricoles
PNPCSP :	Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/SIDA
PTE :	Pays Pauvres Très Endettés
QUIBB :	Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-Etre
RNB :	Revenu National Brut
SEG :	Société des Eaux de Guinée
SMIG :	Salaire Minimum en Guinée
SNAPE :	Service National d'Aménagement des Points d'Eau
SNDS :	Stratégie Nationale de Développement de la Statistique
SONU :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOTELGUI :	Société des Télécommunications de Guinée
TIC :	Technologies de l'Information et de la Communication
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la Population
USD PPP :	dollars des Etats Unis, en parité de pouvoir d'achat
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

AVANT PROPOS

Ce présent rapport, qui fait suite à ceux élaborés en 2002, 2005 et 2009, s'inscrit dans le cadre de l'évaluation périodique des progrès accomplis par la Guinée dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). A moins de 1000 jours de la date butoir de 2015, ce rapport analyse les perspectives d'atteinte des OMD à l'échéance prévue, avant de dégager quelques grandes lignes d'orientation pour l'agenda du développement de la Guinée au-delà de l'horizon 2015.

Sur le plan de la mise en œuvre des OMD, les conclusions du rapport font ressortir un bilan largement mitigé. En dépit des efforts fournis pour inscrire l'agenda des OMD au cœur des priorités nationales, notamment à travers l'alignement de certaines politiques sectorielles et l'élaboration du DSRP sur la base des OMD, aucun des huit (8) objectifs ne semble être réalisable d'ici à 2015. Si les tendances étaient initialement favorables pour certains objectifs, notamment ceux portant sur l'éducation primaire universelle et la santé maternelle, les chances de leur réalisation se sont sensiblement amenuisées au cours de ces dernières années. D'une façon générale, la Guinée s'est fortement éloignée des perspectives de l'atteinte des OMD en 2015.

Cette situation est largement imputable aux conséquences des crises politiques et institutionnelles que le pays a connues au cours de la décennie passée, qui se sont traduites par, entre autres, un recul en matière de gouvernance, une baisse drastique de l'aide extérieure et une dégradation sensible du cadre des affaires. Avec un taux de croissance économique annuel moyen d'environ 2% entre 2005 et 2010, le pays a enregistré ses pires résultats économiques depuis le milieu des années 80.

Certes, des progrès réels ont été accomplis au cours de ces 3 dernières années dans l'amélioration du cadre de développement et de réalisation des OMD en Guinée. Au nombre de ces progrès, on pourrait noter : l'assainissement du cadre macroéconomique et atteinte du point d'achèvement de l'Initiative PPTTE en septembre 2012, la finalisation de la transition politique et la normalisation de la coopération financière avec les partenaires au développement et le renforcement en cours du système de planification, de coordination et de gestion du développement. A cela s'ajoutent les mesures sociales, telles que la subvention aux campagnes agricoles et la gratuité des soins de santé maternelle, qui sont de nature à favoriser la réduction de la pauvreté et l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base.

Mais, pour réussir le pari de la réalisation des OMD, la Guinée devra relever des défis de taille, dont l'accélération de la croissance économique, avec des impacts rapides et tangibles notamment en termes de création d'emplois décents pour les jeunes, et l'amélioration sensible de l'offre et de l'accessibilité à des services sociaux de base de qualité. Dans cette perspective, le Gouvernement et ses partenaires, en particulier ceux du Système des Nations Unies, entendent multiplier leurs efforts, notamment à travers la consolidation de la paix et de la stabilité, l'accélération des réformes nécessaires à la transformation structurelle de l'économie du pays et la concrétisation des engagements d'Abu-Dhabi en novembre 2013 en termes d'investissements dans des projets porteurs et structurants pour l'avenir économique et social du pays. Il s'agira également de mobiliser des financements plus conséquents en faveur des secteurs sociaux prioritaires (éducation, santé, assainissement, etc.), en partie grâce à l'allègement de la dette suite à l'atteinte au point d'achèvement de l'Initiative PPTTE en septembre 2012.

Dans le même esprit, sur la base des consultations menées avec les différents acteurs et des résultats des enquêtes sur les aspirations réalisées à l'échelle nationale dans le cadre de la préparation de la vision prospective « Guinée Vision 2035 », le présent rapport se propose de contribuer à l'identification des axes prioritaires d'intervention pour l'accélération des OMD en Guinée ainsi qu'à la définition d'un cadre d'orientation pour l'agenda post-2015.

RESUME SYNTHETIQUE

Depuis l'évaluation précédente en 2009, en dépit des progrès accomplis à partir de 2011, notamment en termes de stabilisation du cadre macro-économique et de la relance de la croissance, les efforts fournis n'ont pas permis de réduire la pauvreté en général et accélérer l'atteinte des OMD en particulier. Au contraire, les conditions économiques et sociales des populations demeurent difficiles, réduisant toute chance pour la Guinée d'atteindre quelques OMD à l'horizon 2015.

D'une façon générale, le contexte national qui a prévalu au cours de ces dix dernières années a freiné la valorisation des immenses potentialités du pays et limité les opportunités de création de richesses et d'emplois décents en faveur des populations dans le but de faire reculer la pauvreté et répondre à la demande sociale sans cesse croissante.

Concernant le premier objectif, « éliminer l'extrême pauvreté et la faim », l'évaluation a montré qu'aucune cible ne sera atteinte à l'horizon 2015.

En effet, **l'incidence de la pauvreté** s'est accrue passant de 49% en 2002/03 à 53% en 2007 et 55,2% en 2012. Plus de 6 millions de guinéens vivent en dessous du seuil de pauvreté. Même si la pauvreté continue d'être un phénomène principalement rural, la paupérisation des villes s'est accélérée, notamment du fait de l'exode rural, de la montée des prix des céréales et du chômage grandissant des jeunes. Les inégalités sont demeurées stables en milieu rural mais se sont creusées en milieu urbain. La distribution des revenus continue d'être très inégalitaire et la persistance de ces inégalités entre pauvres et riches compromet les chances de réduction de la pauvreté et constituent des menaces réelles pour la paix et la cohésion sociale.

En matière d'emploi, bien que le taux d'emploi soit très élevé (66,5%), le marché du travail est dominé par des emplois vulnérables (indépendants et aides familiaux du secteur informel) qui représentent à eux seuls l'essentiel des emplois (87%). Ces emplois relèvent généralement des secteurs primaire et du commerce; les emplois dans les industries manufacturières et en partie de transformation sont insignifiants, du fait d'un climat des affaires qui tarde à attirer les investissements privés. Parmi les personnes occupées, 2,4 millions (54% de la population active occupée) sont pauvres, c'est-à-dire vivent avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté national, soit plus d'un actif occupé sur deux.

S'agissant de la malnutrition et de la faim, la prévalence d'insuffisance pondérale quoiqu'élevée, est en baisse et concerne 18% des enfants de moins de cinq ans selon les résultats de l'EDS – MICS 2012. Il est peu probable que cet indicateur atteigne la cible de 9,7%, fixée pour 2015. Par rapport à la population vivant en dessous du minimum calorique, moins d'une personne sur cinq (18,2%) est concernée par le phénomène. Pour cet indicateur l'objectif fixé pour 2015 est déjà atteint.

Il est donc peu probable que l'objectif 1 soit atteint ; la cible visant à réduire la faim est à portée de main si des efforts importants sont réalisés dans le domaine de la réduction de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans.

En matière d'éducation, des progrès significatifs ont été enregistrés en matière de scolarisation ; mais beaucoup d'efforts restent à faire pour atteindre l'éducation universelle à l'horizon 2015 et pour améliorer la qualité de l'enseignement. En effet, le taux net de fréquentation au primaire a progressé de 53,3% en 2002 à 57,1 en 2007 et 58% en 2012 (le taux brut est passé de 47% en 1994 (2002 ?) à 86% en 2012). Cependant, il faut faire en sorte que les enfants inscrits au primaire puissent achever leur cycle. Le taux d'achèvement au primaire est de 58,7% en 2012 contre 40,4% en 2002. Ce niveau traduit la faible qualité de l'enseignement dispensé, l'inefficacité interne du sys-

tème et sa faible capacité à réduire les abandons scolaires en les incitant à poursuivre leurs études jusqu'à la fin du cycle du primaire et à encourager l'assiduité des enseignants.

En ce qui concerne l'alphabétisation des jeunes (15 – 24 ans), le taux est passé de 41% en 2002 à 54,6% en 2012, ce qui constitue un atout essentiel pour accéder à des connaissances nouvelles et à des emplois décentes.

Dans le domaine de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes (objectif 3), il est peu probable que cet objectif soit atteint à l'horizon 2015. Même si des progrès significatifs ont été réalisés en matière d'éducation surtout au niveau du primaire et de l'enseignement technique et professionnelle, beaucoup d'efforts restent à faire au niveau du secondaire et du supérieur. En effet, l'indice de parité filles/garçons en 2012 était de 0,8 au primaire, 0,7 au secondaire et 0,6 au niveau tertiaire contre respectivement, 0,74, 0,45 et 0,21 en 2004.

S'agissant de l'autonomisation des femmes ; seulement un peu plus d'une femme sur cinq (21,5%) en 2012 est salariée dans le secteur non agricole. Cette proportion a faiblement augmenté depuis 1994 (18,6% en 1994) du fait de la structure même du marché du travail marquée par la prédominance des emplois vulnérables (indépendants et aides familiaux), de la faible qualification de la main d'œuvre féminine et de la survivance de certains pesanteurs d'ordre socioculturel. Par ailleurs, il est noté que les femmes continuent d'être sous représentées dans la vie publique et politique ainsi qu'aux postes de décision. En 2012, les femmes ne représentaient que 22% des députés (25 sur 114) au sein de l'Assemblée Nationale nouvellement élue, contre 20,6% au sein du Conseil National de la Transition qui a fait office de Parlement entre 2010 et début 2014. Au niveau du Gouvernement, en 2014, seulement 14,7 % des ministres sont des femmes.

En matière de réduction de la mortalité infanto-juvénile, des progrès importants ont été réalisés. De 163 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2005, le taux est tombé à 123 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2012. Des disparités plus ou moins prononcées défavorisent les zones rurales, les pauvres et certaines régions administratives, notamment Kankan, Faranah et Labé. La mortalité infantile a également enregistré des améliorations significatives, avec des tendances très semblables à celle de la mortalité infanto-juvénile. En effet, la mortalité infantile a baissé de 91 décès pour mille naissances vivantes en 2005 à 67 décès pour mille naissances vivantes en 2012, soit un gain de 24 points de pourcentage en sept ans. Les enfants des zones rurales et ceux issus des ménages les plus pauvres meurent plus que les autres. La région de Nzérékoré (avec une baisse de (132‰ à 59‰) et Kindia (de 115‰ à 67‰) ont les meilleures performances. Par ailleurs, la couverture vaccinale des enfants d'un an contre la rougeole s'est accrue de 50,2% à 61,8% entre 2005 et 2012, avec des résultats significativement plus élevés en zones urbaines.

Les principales causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans sont des maladies pour la plupart pouvant être évitées par des comportements plus sains de la population, une meilleure hygiène personnelle, un environnement plus assaini, une meilleure nutrition, etc.

Malgré les progrès perceptibles, le rythme d'amélioration de ces indicateurs est insuffisant et leurs valeurs respectives restent encore nettement en-deçà des cibles visées. La performance insuffisante du système de santé est marquée par : (i) la distribution du personnel très défavorable au milieu rural ; (ii) l'absence de normes et procédure de qualité des services ; (iii) la quasi-inexistence du système de contrôle, de suivi et d'évaluation ; (iv) des contraintes d'ordre financier. Il en résulte des services peu accessibles et de faible qualité, notamment en zone rurale.

A ce rythme d'amélioration des indicateurs et au regard des contraintes énormes et persistantes à surmonter, la probabilité d'atteindre cet objectif en 2015 est très faible en Guinée.

Dans le domaine de la santé maternelle, de bons résultats ont été enregistrés. En effet, la mortalité maternelle s'est sensiblement améliorée en passant de 980 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005 à 724 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012. Par ailleurs, l'assistance des accouchements par un personnel de santé qualifié s'est améliorée de 38% à 45,2 % entre 2005 et 2012. La situation est meilleure en milieu urbain (83,9 %) et chez les riches (91,5 %) par rapport au milieu rural (31,6 %) et aux plus pauvres (18,7 %).

En ce qui concerne la cible « Rendre l'accès à la médecine procréative universel », les avancées sont plus modestes. La prévalence contraceptive, déjà faible, a globalement diminué, allant de 6,8 % en 2005 à 4,6 % en 2012. Cette baisse est plus marquée en zone urbaine (de 11,4% à 7,4% dans les centres urbains de l'intérieur et de 13,9% à 7,6% à Conakry. **En 2012, la fécondité des adolescentes** (indicateur indirect utilisé pour mesurer la natalité dans ce groupe d'âge de 15 à 19 ans), était de 28% pour tout le pays (35,3% en milieu rural et 17,9% en milieu urbain, 39,8% chez les plus pauvres et 13,8% chez les plus riches) contre 32% en 2005. La couverture des soins prénataux a augmenté et est passée de 82% à 85,2% (95,2% en zone urbaine et 83,2% en milieu rurale). La proportion des besoins en planification familiale non satisfaits a connu une augmentation, passant de 21,2% à 23,7%, ce qui contribue à l'éloigner de la cible (8,2%) en 2015 avec des variations en défaveur du milieu rural, des pauvres et de certaines régions administratives.

Les facteurs qui ont contribué à la faible performance du système de santé vis-à-vis de la mortalité des enfants de moins de 5 ans sont applicables à tous les objectifs relatifs à la santé.

Nonobstant les progrès évidents au cours de ces dernières années, aucun des indicateurs ne semble réalisable à l'horizon 2015, en raison notamment de la mauvaise gouvernance résultant d'un contexte sociopolitique national peu favorable au développement des secteurs sociaux en général et du secteur de la santé en particulier.

Dans le cadre de l'objectif «Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies des résultats encourageants ont été obtenus. La prévalence globale du VIH est de 1,7% avec une féminisation marquée : le taux d'infection des femmes est de 2.1% contre 1,2% chez les hommes (2012). Au sein de la population âgée de 15-24 ans, la prévalence est restée stationnaire à 0,9% depuis la dernière évaluation. Elle a baissé chez les garçons (de 0,6% à 0,4%), alors qu'elle a légèrement augmenté chez les filles, de 1,2% à 1,3%. La baisse de l'utilisation du condom par les hommes lors des relations sexuelles à haut risque (33,3% à 23,2%) dans toutes les régions administratives représente une menace non négligeable, malgré l'augmentation de leur connaissance exacte et complète sur le VIH de 18,6% à 25,6%. Par ailleurs, la proportion de la population au stade avancé de l'infection au VIH traitée aux ARV s'est accrue de 52% en 2008 à 64,3% en 2012.

L'incidence du paludisme, première cause de morbidité et de mortalité dans le pays, a légèrement augmenté de 91,5 pour 1000 en 2009 à 109 pour 1000 en 2012 tandis que la proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide est passée 1,3% en 2005 à 26% en 2012. La proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant eu une fièvre et traités par un antipaludique est demeurée stagnante (28%), mais plus favorable aux zones urbaines (33,9%) qu'aux zones rurales (26,6%).

La prévalence et la mortalité due à la tuberculose ont régulièrement baissé mais de façon modeste. L'ensemble des cas détectés (100%) ont été soumis au traitement de court terme sous surveillance directe et le taux de succès a déjà atteint l'objectif visé en 2015.

Quant à l'objectif visant à assurer un environnement durable, les données disponibles indiquent que certains indicateurs ont stagné ou se sont modifiés positivement tandis que d'autres ont subi une baisse. Parmi ceux qui ont stagné figure, la proportion de zones terrestres et maritimes protégées qui s'est maintenue à 6,4%. L'émission de CO2 a régulièrement diminué de 0,21 kg par USD PPA

de 2005 en 1994 à 0,13 en 2009. La consommation de substance appauvrissant la couche d'ozone à son tour a significativement baissé de 42 tonnes en 1994 à 1 tonne en 2012. La proportion de citadins vivant dans des taudis a baissé de moitié entre 1994 et 2012, passant de 34,5% à 17,3%. Cette baisse est plus accentuée à Conakry que dans les autres régions. Par contre, la proportion des zones forestières s'est dégradée en s'amenuisant de 29,6% de la superficie territoriale en 1990 à 26,5% en 2011. De même, la proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée, après avoir augmenté de 51,2% en 1994 à 73,8% en 2007, a baissé en 2012 pour se situer à 67,8%. La proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées quant à elle, malgré la baisse commencée en 2007, reste avec un niveau de 30,7% en 2012 et pourrait être très proche de l'objectif fixé pour 2015. En ce qui concerne la proportion d'individus vivant dans des ménages disposant d'un système sain de débarras des ordures, une réduction est observée (9,8% en 2012 contre 19,4% en 2002). L'évaluation a également révélé que 17,5% des espèces de mammifères, 0,1% de celles de poissons, 2,8% des espèces d'oiseaux et 1,4% parmi les plantes sont menacées d'extinction. Globalement, cette évaluation montre que les données relatives au suivi de l'environnement sont entières en Guinée, à cause de l'absence ou de l'insuffisance de données nationales fiables. En effet, une bonne partie des données utilisées sont tirées des bases de données de la Banque Mondiale.

En ce qui concerne, l'objectif 8 « Mettre en place un partenariat mondial pour le développement », le volume de l'aide publique au développement mobilisé par la Guinée est très faible par rapport aux énormes besoins financiers nécessaires pour son développement. En 2011, l'aide publique au développement ne représente que 208 millions USD (4,35% de son revenu national brut). L'atteinte du point d'achèvement en septembre 2012 constitue une bouffée d'oxygène pour les finances publiques du pays. En effet, la Guinée va bénéficier de 2,1 milliards USD de réduction du service de sa dette publique sur 40 ans, soit une moyenne 52,5 millions USD par an. L'allègement au titre de l'IADM procurera à la Guinée, une réduction du service de la dette de 964 millions USD sur 40 ans. Ce qui constitue des atouts majeurs pour augmenter les ressources destinées aux secteurs sociaux.

Quant à l'accès des populations aux nouvelles technologies, dont la téléphonie et l'internet, des progrès notables ont été enregistrés malgré l'arrêt de la SOTELGUI, société publique de téléphonie. En ce qui concerne la téléphonie mobile, les progrès sont fulgurants ; le taux de pénétration est passé de 5,8% en 2003 à 43,9% en 2012. Quant à la téléphonie fixe, peu de progrès ont été enregistrés ; et le service est quasi-inexistant. L'internet haut débit est en voie d'expansion. Dans le domaine des nouvelles technologies, des efforts restent à fournir en partenariat avec le secteur privé, en vue d'accroître la qualité des services et de développer les infrastructures, de s'approprier les applications des TIC, notamment dans les secteurs de l'éducation et de la santé, d'adapter la législation aux rapides progrès des TIC, de renforcer les capacités de l'agence nationale de régulation.

D'une façon générale, les perspectives d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement en 2015 se sont sensiblement éloignées. Si les tendances initiales étaient favorables (voir rapport 2002) pour les OMD 2, 3, 5 et 6, aucun des objectifs ne semble aujourd'hui réalisable. Cette dégradation de la situation est largement imputable aux conséquences des crises sociales et politiques successives que la Guinée a connues depuis une décennie. Avec un taux de croissance économique annuelle moyenne d'environ 2,5 % entre 2005 et 2010, la Guinée a connu ses pires résultats économiques de ces trois dernières décennies qui se sont soldés par une nette aggravation de la pauvreté (l'incidence de la pauvreté est passée de 49,2 % en 2002 à 53 % en 2007 et 55,2% en 2012). A cela s'ajoute la détérioration sensible des services publics de base (eau, électricité, éducation, santé...). Cependant, l'atteinte du point d'achèvement de l'IPTE, l'existence d'une stratégie de réduction de la pauvreté orientée vers l'atteinte des OMD et d'une vision prospective de développement à l'horizon 2035 constituent un cadre propice pour accélérer l'atteinte des OMD et pour mieux préparer l'après 2015.

Pour relever ces défis, des ressources financières importantes sont nécessaires et ont été évaluées en 2006/2007 par le PNUD à 12,2 milliards USD pour la période 2006-2015, soit une moyenne annuelle de 1,2 millions USD ou 110 USD par habitant et par an. A titre de comparaison, ces besoins annuels représentent environ près de 65% des dépenses publiques en 2013 (1,86 milliards USD)

EVOLUTION DES INDICATEURS DE SUIVI DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

Objectifs/Cibles	Indicateurs	Situation de référence	Résultats du rapport 2005	Résultats du rapport 2009	Résultats du rapport 2013	Cibles à l'horizon 2015	
OMD 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim							
} Cible 1A : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1,25 dollar par jour	1.1 Proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté national	62,6 EIBC 1994	49,2 EIBEP 2002	53 ELEP 2007)	55,2 ELEP-2012	31,3	
	1.2 Indice d'écart de la pauvreté	28,5 EIBC 1994	17,2 EIBEP 2002	17,6 ELEP 2007	18,4 ELEP-2012	14,25	
	1.3 Part du quintile le plus pauvre dans la consommation nationale	5,2 EIBC 1994	6,4 EIBEP 2002	7,8 ELEP 2007	8,0 ELEP-2012	10,4	
} Cible 1B : Assurer le plein emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un emploi décent et productif	1.4 Taux de croissance du PIB par habitant	1,3 1994-1999	1,3 1999-2002	-0,6 2002-2007	0,7 2012	2,6	
	1.5 Ratio emploi/population	76,6 EIBC- 1994	61,5 QUIBB 2002	77,5 ELEP 2007	66,5 ELEP 2012	100	
	1.6 Proportion de la population occupée vivant en dessous du seuil de pauvreté	64,4 EIBC 1994	49,2 QUIBB 2002	52,9 ELEP 2007	54 ELEP 2012	32,2	
	1.7 Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée	Travailleurs indépendants	47,1 EIBC-1994	53,2 QUIBB 2002	67,1 ELEP 2007	65,8 ELEP 2012	
		Travailleurs familiaux	43,4 EIBC-1994	36,4 QUIBB 2002	23,8 ELEP 2007	21,2 ELEP 2012	
	} Cible 1C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	19,3 EIBC 1994	25,8 EDS 2005	26,1 ENENSE 2008	18 EDS-MICS-2012	9,7
1.9 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique		36,9 EIBC-1994	18,4 QUIBB 2002	12,3 ELEP 2007	18,2 ELEP 2012	18,5	
OMD 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous							
} Cible 2A : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire	33,1 1994	53,3 2002	57,1 2007	57,8 2012	100	
	2.2 Taux d'achèvement des études primaires	40,4 2002	49,5 2004	51,3 2008	58,7 2012	100	
	2.3 Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes	28,8 (EIBC 1994)	41 QUIBB-2002	57,3 (ELEP 2007)	54,6 ELEP-2012	100	
OMD 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes							
} Cible 3A : Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	3.1 Rapport filles/garçons aux niveaux primaire, secondaire et supérieur	Primaire	0,46 1991	0,74 -2004	0,82 2008	0,85 2012	1
		Secondaire	0,31 1991	0,45 2004	0,56 2008	0,61 2012	1
	Supérieur	0,16 2001	0,21 2004	0,3 2008	0,39 2012	1	
		3.2 Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole	18,6 (EIBC 1994)	19,8 QUIBB-2002	20,3 (ELEP 2007)	21,3 ELEP-2012	50
	3.3 Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national	17,5 (2000 MPFE)	17,5 (2004 MPFE)	16,7 (2007 MPFE)	20,6 DSRP-2013	50	
		OMD 4 : Réduire la mortalité infantile					
} Cible 4A : Réduire de deux tiers, entre 1990 et	4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	229,2 EDS-1992	176,9 EDS-1999	163 EDS-2005	123 EDS-MICS 2012	76,4	
	4.2 Taux de mortalité infantile	136	98	91	67	45,4	

Objectifs/Cibles	Indicateurs	Situation de référence	Résultats du rapport 2005	Résultats du rapport 2009	Résultats du rapport 2013	Cibles à l'horizon 2015	
2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans		EDS-1992	EDS-1999	EDS-2005	EDS-MICS 2012	90	
	4.3 Proportion d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole	42,3	52,1	50,2	61,8		
		EDS-1992	EDS-1999	EDS-2005	EDS-MICS 2012		
OMD 5 : Améliorer la santé maternelle							
} Cible 5A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	5.1 Taux de mortalité maternelle	666	528	980	724	220	
		EDS-1992	EDS-1999	EDS-2005	EDS-MICS 2012		
	5.2 Proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	30,4	34,8	38	45,2	95	
		EDS-1992	EDS-1999	(ENENSE 2007)	EDS-MICS-2012		
} Cible 5B : Rendre l'accès à la médecine procréative universelle d'ici à 2015	5.3 Taux de prévalence de la contraception chez les personnes mariées	1,5	4,9	6,8	4,6		
		EDS-1992	EDS-1999	EDS-2005	EDS-MICS-2012		
	5.4 Taux de fécondité parmi les adolescentes	31	32	25,6	28		
		EDS-1992	EDS-1999	EDS-2005	EDS-MICS-2012		
	5.5 Couverture des soins prénatals	57,6	71	82	85,2	95	
		EDS-1992	EDS-1999	EDS-2005	EDS-MICS-2012		
	5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale	24,7	24,2	21,2	23,7	8,2	
		EDS-1992	EDS-1999	EDS-2005	EDS-MICS-2012		
OMD 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies							
} Cible 6A : D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle	6.1 Taux de prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans	0,9	ND	0,9	0,9		
		EDS-2005		EDS-2005	EDS-MICS-2012		
	6.2 Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque	20,4	20,4	33,3	23,2		
		EDS-1999	EDS-1999	EDS-2005	EDS-MICS-2012		
	6.3 Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH	18,6	ND	18,6	25,6		
		2005	EDS-1999	EDS-2005	EDS-MICS-2012		
	6.4 Taux de scolarisation des enfants rendus orphelins par le sida par rapport au taux de scolarisation des autres enfants non-orphelins âgés de 10 à 14 ans	ND	ND	ND	ND		
		ND	ND	52	64,3		
} Cible 6B : D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès au traitement contre le VIH/sida	6.5 Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux			2008	EDS-MICS-2012		
} Cible 6C : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes endémies et commencer à inverser la tendance actuelle	6.6 Incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie	Incidence (%)	92,1		88,6	96,3	109,4
			2001	2004	2008	2011	2012
	Mortalité (%)			15,27	15,27	ND	ND
				2005	(EDS 2005)		
	6.7 Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide		1,3	ND	1,3	26	90
			2005		-2005	EDS-MICS-2012	
	6.8 Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludiques appropriés		17,6	39,2	28	28,1	
			EDS-1992	EDS-1999	EDS-2005	EDS-MICS-2012	
	6.9 Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie	Incidence (x100000)	75	78	101	111	120
			2003	2004	2008	2011	
Prévalence (x100000)		289		278	231		
Mortalité (100000)		2007		2008	2012		
		54	54	25	23		
	2005	2005	2008	2011			
6.10 Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation		74	72	78	82	85	
		2001	2004	2008	2011		
OMD 7 : Assurer un environnement durable							
} Cible 7A : Intégrer les principes du développement durable dans les	7.1 Proportion de zones forestières	29,56	27,4	27,4	26,5		
		1990	2005	2005	2011		
	7.2 Emissions de CO ₂ (total, par habitant)	0,21	0,16	0,13	0,13		

Objectifs/Cibles	Indicateurs	Situation de référence	Résultats du rapport 2005	Résultats du rapport 2009	Résultats du rapport 2013	Cibles à l'horizon 2015	
politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	et pour un dollar US du PIB, en parité du pouvoir d'achat) (en kg)	1994	2004	2008	2009		
	7.3 Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone (tonnes de POA) (en tonne)	42,4	9,3	2,9			
		1994	2002	2007			
Cible 7B : Réduire la perte de la biodiversité et atteindre d'ici à 2010 une diminution significative du taux de perte	7.4 Proportion de stocks de poissons vivants dans des milieux biologiques sains	ND			ND		
	7.5 Proportion de ressources d'eau totales utilisées				0,7		
					2011		
	7.6 Proportions de zones terrestres et marines protégées	6,42	6,42	6,42	6,42	10	
		1994	2004	2008	2012		
	7.7 Proportion d'espèces menacées d'extinction	Mammifères				17,47	
						2012	
Oiseaux répertoriés					2,79		
					2012		
Plantes				1,37			
				2012			
Cible 7C : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base	7.8 Proportion de la population ayant accès à une source d'eau potable améliorée	51,2	62,3	73,8	67,8	75,6	
		EIBC-1994	EIBEP-2002	ELEP-2007	ELEP-2012		
	7.9 Proportion de la population utilisant une infrastructure d'assainissement améliorée	% bénéficiant de toilettes hygiéniques		20,3	31,8	30,7	
		% vivant dans des ménages où l'on se débarrasse des ordures de manière hygiéniques		19,4	10	9,8	
Cible 7D : Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, la vie des populations vivant dans des taudis	7.10 Proportion de citoyens vivant dans des taudis	34,5	21,8	20,5	17,3		
		1994	2002	2007	2012		
OMD 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement							
Cible 8B : Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés	8.1 Volume total de l'APD versée à la Guinée (millions US\$)	293	237,5	408,3	208		
		-1990	-2003	-2008	2011		
	8.11 Allègement de la dette annoncé au titre l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (IPPTE) en milliards USD				2,1		
					(2012 sur 40 ans)		
8.12 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services	29,9	21,5	15,9	15,6			
	1991	2005	2008	2012			
Cible 8F : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les nouvelles technologies, en particulier les technologies de l'information et de la communication, soient à la portée de tous	8.14 Nombre de lignes fixes, pour 100 habitants	0,25		0,277	0,124	100	
		-2003		-2007	-2012		
	8.15 Abonnés à un service de téléphonie mobile, pour 100 habitants	5,8		21	47,86	100	
		-2003		-2007	2012		
	8.16 Nombre d'utilisateurs d'internet, pour 100 habitants			3,33	0,42	100	
			-2007	2012			

INTRODUCTION

Le présent rapport présente un intérêt particulier par rapport aux trois précédents réalisés en 2002, 2005 et 2009, d'autant plus qu'il évalue les progrès enregistrés dans la mise en œuvre des OMD à moins de mille jours de la date butoir de 2015.

Ce rapport passe en revue les engagements que la communauté internationale s'était fixés lors du Sommet du millénaire, tenu en septembre 2000 à New-York et qui avait mobilisé 189 dirigeants du monde dont 147 chefs d'état et de gouvernement. Lors de ce Sommet, les Dirigeants du Monde avaient adopté la Déclaration du Millénaire en vue de créer un monde meilleur pour tous à l'horizon 2015 grâce à la solidarité nationale et internationale. A travers cette Déclaration, ils s'engageaient à réaliser huit (8) objectifs, communément dénommés Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), qui sont :

1. Eliminer l'extrême pauvreté et la faim ;
2. Assurer l'éducation primaire pour tous ;
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ;
4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
5. Améliorer la santé maternelle ;
6. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies ;
7. Assurer un environnement durable ;
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Depuis cette date, plusieurs initiatives ont été prises pour l'accélération de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans le monde. A titre illustratif, on peut citer :

1. la Conférence internationale sur le financement du développement tenue à Monterrey en mars 2002 ;
2. la session de l'Assemblée Générale de 2005, chargée de faire le point sur la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire, rencontre suivie par la mise en place par le Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies (ONU) du projet de millénaire afin d'aider à définir les conditions pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ;
3. la rencontre en septembre 2010 des Dirigeants du Monde pour faire le point sur les progrès réalisés et discuter des solutions permettant de lever les obstacles à l'accélération de la réalisation des OMD.

Dans le cadre de ce processus, les autorités guinéennes se sont engagées à réaliser un certain nombre d'actions prioritaires dont l'accroissement des efforts en faveur de l'élimination de la pauvreté et de l'avancement des principes de la dignité humaine, d'égalité et de justice sociale. C'est dans ce cadre qu'elles ont préparé en 2002, 2005 et 2009 des rapports pour suivre et informer le grand public sur les avancées et contraintes rencontrées dans le but d'atteindre les OMD d'ici 2015. Dans ce cadre, le Gouvernement avait aussi évalué en 2005, avec l'appui des Nations Unies et d'autres partenaires, les besoins pour l'atteinte des OMD en 2015 en Guinée. Cette évaluation des besoins avait débouché sur la formulation d'un plan d'investissement décennal (2006-2015) dans les secteurs liés aux OMD, plan chiffré à l'époque à environ 12,2 milliards US pour les 10 ans (2006-2015), soit 1,2 milliard USD en moyenne annuelle.

Le rapport 2013 de suivi des OMD donne un aperçu de la situation la plus récente en Guinée. Au-delà de l'analyse des tendances et de l'évaluation de la probabilité d'atteindre les OMD d'ici 2015, il vise à mieux cerner les défis ainsi que les priorités à établir afin de se donner plus de chances de réaliser des progrès d'ici 2015 et au-delà. A ce titre, le rapport examine également les principales contraintes et goulots d'étranglement ainsi que la pertinence des politiques mises en œuvre pour les lever.

Sa préparation a beaucoup tiré profit des efforts accomplis ces dernières années pour améliorer la collecte des statistiques, dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action de la stratégie nationale de développement de la statistique (SNDS), en vue de mieux suivre les OMD et les différentes stratégies de réduction de la pauvreté. Les données utilisées pour le suivi des indicateurs des OMD 1, 2, 3, 4, 5 et 6 sont tirées de données d'enquêtes¹, de statistiques de sources administratives² et du cadrage macroéconomique publié par la Direction Nationale du Plan. Les bases de données d'enquêtes disponibles ont été exploitées pour renseigner le plus grand nombre d'indicateurs figurant sur la liste officielle publiée par les Nations Unies. Il faut noter cependant, que des faiblesses persistent au niveau des données concernant les statistiques sur l'environnement, sur le genre et les flux d'aide au développement. De même, l'amélioration de la qualité des données, leur archivage et diffusion à travers les TIC constituent des défis pour l'amélioration de l'environnement de suivi des OMD.

Le présent rapport est composé de quatre grandes parties. La première rappelle le contexte de développement de la Guinée depuis 1990 ainsi que les différentes épreuves que le pays a eu à traverser. La deuxième essaye de mettre en relief la façon dont les OMD ont influencé la préparation et la mise en œuvre des politiques nationales de développement depuis le début des années 2000. La troisième partie présente la situation de chaque objectif ainsi que les contraintes et les défis à relever. La quatrième partie se focalise sur les conséquences de la fragilité du pays au cours des dernières années sur la trajectoire des OMD. Elle met aussi en relief l'ampleur des aspirations des populations, les initiatives à mettre en place pour accélérer la réalisation de certains OMD d'ici 2015 ainsi que la transformation d potentiel économique Guinéen en vue de réaliser au-delà de 2015 un véritable développement accéléré, durable et inclusif.

1. CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

La République de Guinée est un pays côtier situé en Afrique de l'Ouest (. Elle couvre une superficie de 245.857 Km² avec une population estimée à plus de 11 millions d'habitants en 2012. Elle est limitée à l'ouest par l'Océan Atlantique, au nord-ouest par la Guinée Bissau, au nord par le Sénégal et le Mali, au nord-est par le Mali, à l'est par la Côte d'Ivoire et au sud par le Libéria et la Sierra Léone. La Guinée fait partie des pays les moins avancés. Elle est classée 178^{ème} sur 187 pays , avec indice de 0,355 en 2012 sur l'échelle du développement humain.

Depuis le début de la décennie 2000, l'atteinte des OMD a constitué la priorité des différents Gouvernements qui se sont succédés à travers la mise en œuvre de trois Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP)³ les deux derniers étant d'avantage orientés vers l'atteinte des OMD en 2015. La mise en œuvre de ces stratégies s'est déroulée dans un contexte national et international très difficile.

Au plan international, les pays développés ont été confrontés ces dernières années à de graves crises économiques et financières, qui ont sensiblement affecté le volume de l'aide publique au développement (En 2012, l'APD versée par les membres du Comité d'aide au développement de l'OCDE s'est chiffrée à 125.6 milliards USD, soit 0.29 % de leur revenu national brut (RNB) cumulé. En valeur réelle, elle a connu un recul de 4 % en 2012, après une baisse de 2 % en 2011). D'une façon générale, l'aide publique au développement demeure nettement en dessous des promesses tenues lors du

¹ Il s'agit des enquêtes : EIBC-94, EIBEP-2002, QUIBB-2002, ELEP-2007 et ELEP-2012 réalisées par l'INS.

² Il s'agit de statistiques de l'éducation, des statistiques sanitaires, des statistiques de l'environnement et des statistiques en matière de TIC

³ Il s'agit des documents de stratégies de réduction de la pauvreté suivants : DSRP 1 (2002-2006), DSRP 2 (2007-2010), prolongé en 2011 et 2012 et DSRP 3 (2013-2015).

sommet du G8 à Gleneagle (2005), demandant aux pays riches de consacrer 0,7% de leur revenu national brut au financement du développement et à la réduction de la dette des pays les plus endettés. Cet engagement en faveur des pays les moins avancés faisait suite à ceux pris par les pays développés lors des différents sommets et conférences consacrés au financement du développement dont les plus importants sont : Monterrey (2002), Paris (2005) et Accra (2008) sur l'efficacité de l'aide au développement. Il convient également de signaler le Sommet du Millénaire +5 (2005) qui a permis de faire le point sur la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire. Il convient de citer la 17^{ème} Conférence des Parties à la Convention cadre des Nations Unies sur les changements climatiques tenue à Durban en décembre 2011 et la conférence des Nations Unies sur le développement (RIO+20), tenue au Brésil en juin 2012 qui ont permis de garantir le renouvellement des engagements politiques en faveur d'un développement durable.

De nouvelles initiatives sont en cours. Elles concernent la préparation de la conférence des Nations Unies sur le développement (RIO+20) et le lancement des consultations à l'échelle régionale et internationale pour définir le programme de développement post-2015. C'est dans ce cadre que se situe la tenue en novembre 2011 de l'atelier d'Accra, axé sur la définition d'une position commune de l'Afrique sur le programme post-2015.

Au plan régional, le pays a abrité de nombreux réfugiés, conséquence des conflits dans les pays voisins, notamment en Sierra Léone et au Libéria au début des années 90 et par la suite en Guinée-Bissau, en Côte d'Ivoire et tout récemment au Mali. Ces crises ont été surmontées grâce à une forte implication de la communauté internationale, de l'Union Africaine et de la CEDEAO à travers le Conseil de paix et de sécurité et le Parlement de la CEDEAO.

Au plan national, le pays fut confronté depuis le début des années 2000, à de crises sociales à répétition, à l'instabilité politique et institutionnelle et au tarissement progressif de l'aide extérieure. La prise du pouvoir par l'armée en fin 2008 a d'avantage plongé le pays dans l'isolement. Dans ce contexte, l'économie du pays a pris un coup sérieux, marqué par une dégradation de tous les indicateurs macroéconomiques : taux de croissance économique inférieur au taux de croissance de la population (2,1% en moyenne sur la période 2007-2012, contre un accroissement annuel de la population de 3,1%), baisse drastique des réserves de change faible (0,7 mois d'importations en 2010), explosion du déficit du budget (14,4% du PIB en 2010 contre 1% en 2007). A cela s'ajoutent le poids de la dette extérieure (3,1 milliards USD en 2010, soit 67,7% du PIB) et une baisse drastique de l'aide publique au développement.

La période 2011-2013 qui a suivi, fut marquée par un retour à l'ordre constitutionnel, suite à l'organisation d'une élection présidentielle, libre et démocratique en 2010 et la mise en œuvre d'un programme de réformes économiques et financières qui ont permis de relancer la croissance de l'économie (près de 4 % en 2011 et 2012, et 2,5% en 2013) et de réduire l'inflation 20,8 % en 2010 à environ 12% en 2013). Ces performances ont été couronnées par l'atteinte du point d'achèvement de l'Initiative des Pays Pauvres très Endettés (IPPTE) en septembre 2012, ce qui permettra de libérer d'importantes ressources budgétaires au profit des secteurs sociaux.

Cependant, le retard observé pour la finalisation de la transition politique et les tensions politiques et sociales liées notamment aux conditions de préparation et d'organisation des élections législatives n'ont pas permis à la Guinée de tirer pleinement profit du retour à l'ordre constitutionnel. Sur un besoin de financement évalué en moyenne à 1,2 milliards de dollars par an sur la période 2006-2015, le pays arrive à peine à mobiliser 200 millions de dollars. En outre, la mise en place de politiques de réponses adéquates et efficaces est plus que jamais indispensable pour relancer le développement économique et social dans la perspective de l'atteinte des OMD.

2. AGENDA DES OMD ET POLITIQUES NATIONALES DE DEVELOPPEMENT

La Guinée fait partie des pays signataires de la Déclaration du Millénaire en septembre 2000. Dès le début des années 2000, le processus de planification du développement était dominé par les stratégies de réduction de la pauvreté, au départ sans un alignement conséquent avec les objectifs du millénaire pour le développement.

En effet, dès 2000, la Guinée a élaboré son document intérimaire de stratégie de réduction de la pauvreté, suivi en 2002 de la finalisation et du lancement de la mise en œuvre de son premier document de stratégies de réduction de la pauvreté (DSRP I/2002-2005). Ce document a constitué pour le pays, le principal document cadre de développement à moyen terme et visait à relancer la croissance, réduire la pauvreté monétaire et améliorer les autres dimensions du développement humain (éducation, santé, emploi, etc.). Ce premier DSRP prenait également en compte d'autres questions transversales telles que le genre, le VIH et l'environnement. Cadre consolidé de gestion du développement national, ce DSRP avait permis de mettre en cohérence les programmes de réformes macroéconomiques et structurelles du Gouvernement (FRPC et CAS) avec les stratégies sectorielles dans les domaines prioritaires (éducation, santé, affaires sociales, urbanisme et habitat, travaux publics, pêche et aquaculture, agriculture/forêt et élevage).

En termes d'alignement des stratégies de réduction de la pauvreté dans les pays pauvres, le Sommet mondial des Nations Unies de 2005, au vu des résultats mitigés obtenus par les pays pauvres, a constitué un tournant décisif. Il a insufflé une dynamique nouvelle; en termes d'intégration des OMD dans les DSRP ou dans les plans de développement, selon les pays.

C'est dans ce cadre qu'en Guinée, une évaluation de la mise en œuvre de la première génération de DSRP a été entreprise en 2007, précédée d'une évaluation des besoins financiers pour l'atteinte des OMD, chiffrée en moyenne à 1,2 milliards de dollars par an sur la période 2006-2015. Une nouvelle génération de DSRP, d'avantage alignée sur les OMD a été initiée. Il s'agit du DSRP II (2007-2010), prolongée en 2011 et 2012 et du DSRP III (2013-2015). Il faut rappeler que le DSRP-III a été élaboré et en cours de mise en œuvre pour accélérer l'atteinte des OMD en 2015.

Cette nouvelle approche a été initiée dans un contexte de renouveau de la planification dans le pays. En effet, en 2011, la Guinée a élaboré un plan quinquennal de développement (2011-2015) dont l'un des axes stratégiques est centré sur la réduction de la pauvreté et l'atteinte des OMD. Le DSRP III (2013-2015) est de ce fait, devenu l'outil d'opérationnalisation de ce plan en matière de réduction de la pauvreté et d'atteinte des OMD. De même, une vision prospective « Guinée 2035 » est en cours d'élaboration et devrait prendre en compte toutes les dimensions du développement (y compris l'accélération de l'atteinte des OMD et les contours de l'agenda post-2015) en vue de faire de la Guinée un pays émergent à l'horizon de 2035.

3. ANALYSE DES TENDANCES ET DES INEGALITES DANS LA REALISATION DES OMD

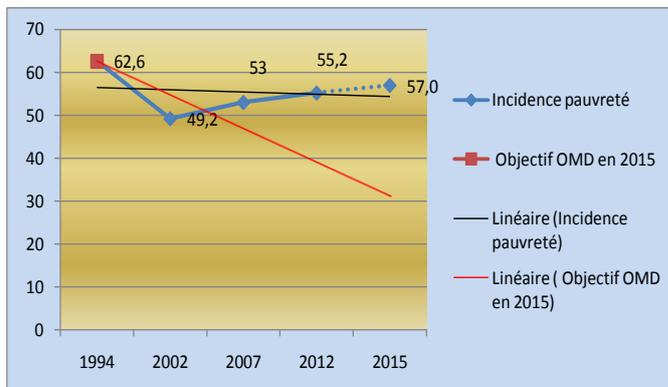


3.1 OBJECTIF 1 : REDUIRE L'EXTEME PAUVRETE ET LA FAIM

Cible 1 A : Réduire de moitié entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un 1,25 dollar par jour.

Indicateur 1.1	Proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté national⁴
-----------------------	--

Graphique 1A.1 : Evolution de la proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté



Selon l'évaluation de la pauvreté réalisée en 2012, la proportion de guinéens vivant en dessous du seuil de pauvreté s'établit à 55,2 % contre 53 % en 2007, soit un accroissement de 2,2 points de pourcentage en cinq ans (voir graphique 1A.1). En même temps, le nombre de pauvres est passé de 5.1 millions de personnes en 2007 à 6.2 millions d'individus en 2012, sous l'effet conjugué de la forte croissance démographique (3,1 % par an) et de la crise économique que le pays a traversée dans les années 2000. La forte baisse de

la pauvreté enregistrée sur la période 1994-2002 (13 points de pourcentage en huit ans) n'a pu être maintenue. Cette tendance positive s'est inversée à partir de 2002 et a continué à s'aggraver depuis cette date, réduisant ainsi les chances d'atteindre les objectifs fixés pour 2015, à savoir ramener le taux de pauvreté à 31,3 %.

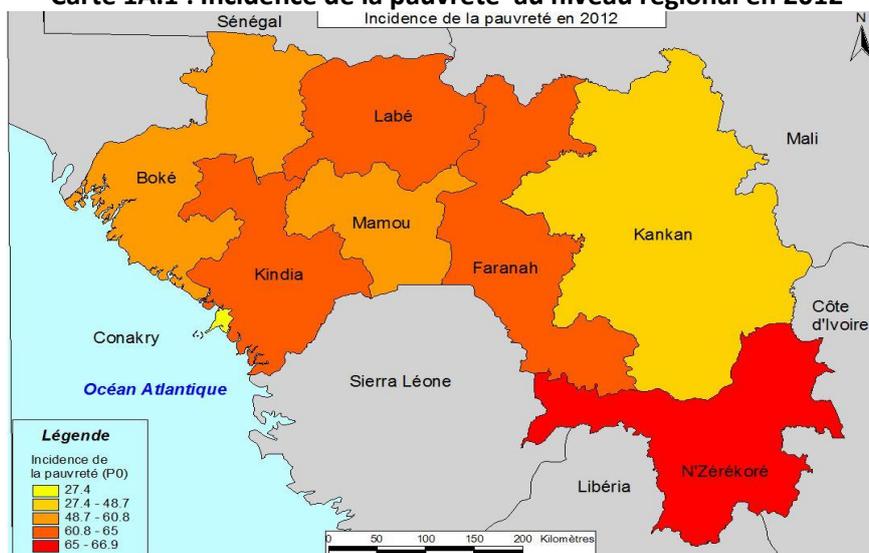
Bien que la pauvreté soit plus prononcée en milieu rural (64,7 % contre 35,4 % en milieu urbain), les résultats indiquent une forte progression de la pauvreté urbaine. En effet, le taux de pauvreté y a plus que doublé entre 1994 et 2012 (17,5 % en 1994 contre 35,4 % en 2012). L'écart entre les taux de pauvreté urbain et rural qui était de 55 points de pourcentage en 1994 a été réduit à 30 points de pourcentage en 2012. Les causes de l'aggravation de la pauvreté urbaine sont notamment l'exode

⁴ Le seuil de pauvreté est fixé à 3 217 305 GNF par personne et par an au prix de 2012, soit près de 8 815 GNF (1,25 dollars US) par personne et par jour. Les données sont issues des enquêtes EIBC 1994, EIBEP 2002, ELEP 2007 et ELEP 2012

rural, la forte augmentation des prix des denrées alimentaires, notamment le riz⁵, l'augmentation du chômage des jeunes dû au faible développement de l'activité économique et la prédominance des emplois informels, moins rémunérateurs. Ainsi la pauvreté urbaine qui était une préoccupation de moindre importance, il y a vingt ans devient un véritable défi dans le cadre des politiques de réduction de la pauvreté depuis le début de la décennie 2010

Au niveau régional, la pauvreté touche toutes les régions mais de manière inégale. La capitale, connaît la même évolution que le reste du milieu urbain : le taux de pauvreté y a presque triplé sur la période 1994-2012 (27,4 % en 2012 contre 10,2 % en 1994). La région de Kankan se détache du lot et constitue la seule région ayant enregistré une baisse significative et progressive de la pauvreté au cours des vingt dernières années: 48,7% en 2012 contre 77,7% en 1994. Les régions de N'Zérékoré (66,9 %), Labé (65 %), Faranah (64,8 %) enregistrent les taux de pauvreté les plus élevés en 2012.

Carte 1A.1 : Incidence de la pauvreté au niveau régional en 2012



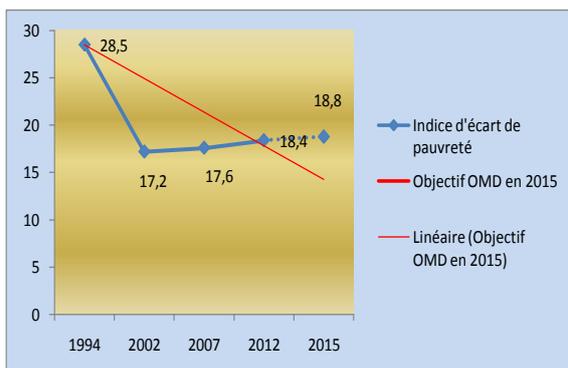
Indicateurs 1.2 | Indice d'écart de la pauvreté⁶

Bien qu'en forte baisse entre 1994 et 2002 (1,4 points de pourcentage en moyenne par an), l'indice d'écart de revenu (ou profondeur de la pauvreté) connaît une stagnation sur la période 2007-2012 (0,1 point de pourcentage d'augmentation par an), justifiant ainsi la quasi-stabilité de la distribution des revenus entre les pauvres. Si la tendance observée entre 2002 et 2012, se maintenait l'indice d'écart de revenu demeurerait inchangé et se situerait à 18,8 % en 2015, niveau nettement au-dessus des 14,3 %, fixé comme objectif. Sous une hypothèse plus large, qui prend en compte la tendance observée depuis 1994 (baisse moyenne de 1,4 points de pourcentage entre 1994 et 2002 et hausse moyenne de 0,12 point de pourcentage sur la période 2002-2012), l'indice d'écart de revenu se situerait à 16,7 %, niveau également au-dessus de l'objectif fixé.

Par rapport au milieu de résidence, des évolutions différenciées sont observées. En milieu urbain, les inégalités entre les pauvres ont continué à se creuser passant de 4,2 % en 1994 à 9,6 % en 2012, soit un accroissement de 0,3 point de pourcentage en moyenne par an. Par contre en milieu rural, après une baisse sur la période 1994-2002 (2,1 points de pourcentage en moyenne par an), la distribution des revenus des pauvres est demeurée quasi-stable au cours des dix dernières années : 21,9 % en 2002, 22 % en 2007 et 22,6 % en 2012.

⁵ Banque mondiale - Wodon et al. (2009) : une augmentation des prix du riz de 25% en Guinée entrainerait une aggravation de 3 points de pauvreté en milieu urbain et un point en milieu rural.
⁶ Cet indice exprime l'écart moyen de revenus qui sépare un individu pauvre du seuil de pauvreté

Graphique 1A.2: Evolution de l'indice d'écart de la pauvreté



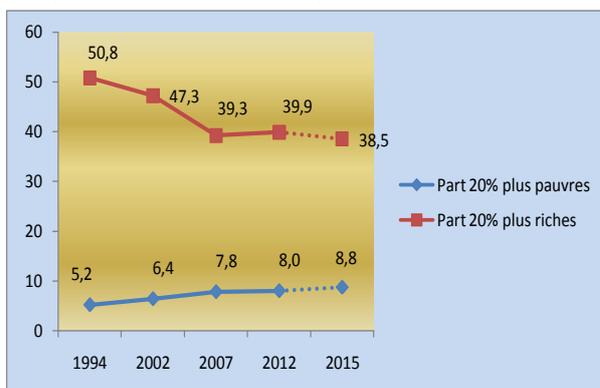
Au niveau régional de fortes disparités persistent : Kankan demeure la région ayant enregistré une baisse continue et significative de l'indice d'écart de pauvreté (17,2 % en 2012 contre 24 % en 2007 et 40,1 % en 1994) et Conakry, à l'instar de l'ensemble du milieu urbain connaît une aggravation des inégalités entre pauvres sur la période 1994-2002, suivie d'une stagnation à partir de 2007 (6,1 % en 2007 et 6,2 % en 2012).

Indicateur 1.3

Part du quintile le plus pauvre dans la consommation nationale

La part des 20 % les plus pauvres dans la consommation globale s'est légèrement améliorée sur la période 1994-2012 : 5,2 % en 1994, 6,4 % en 2002, 7,8 % en 2007 et 8 % en 2012. En 1994, la consommation moyenne par tête des 20 % les plus riches était 9,8 fois plus importante que celle des 20 % les plus pauvres. Ce ratio baisse à 7,4 en 2002, puis 5 en 2007 et 2012 indiquant de légers gains de revenus au profit des pauvres.

Graphique 1A.3 : Evolution de la part des 20 % les plus pauvres et des 20 % les plus riches



Ces résultats confirment ainsi un léger recul des inégalités entre 1994 et 2007, suivi d'une stabilité de la distribution des revenus et des inégalités sur la période 2007-2012.

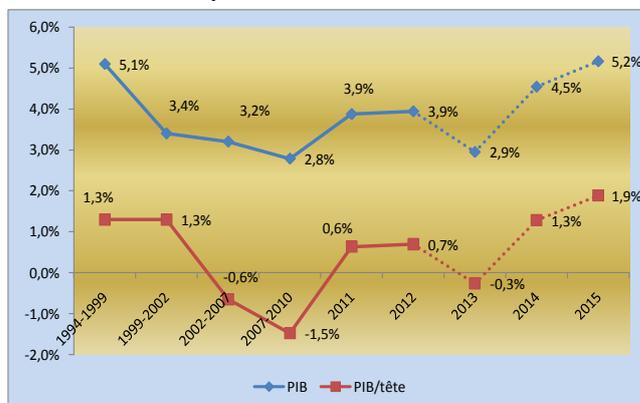
Cette évolution des inégalités est confirmée par l'indice de Gini qui est passé de 31,2 % en 2007 à 31,7 % en 2012, traduisant ainsi une stabilité de la distribution des revenus malgré l'augmentation de la pauvreté. La période précédente (1994-2007) est marquée

par une nette amélioration de la distribution des revenus avec un indice de Gini passant de 44,9 % en 1994 à 40,3 % en 2002 et 31,2 % en 2007. **Cible 1B : Assurer le plein emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un emploi décent et productif.**

Indicateur 1.4

Taux de croissance du PIB par habitant

Graphique 1B.1: Evolution du taux de croissance et du taux de croissance par tête



La réduction de la pauvreté se manifeste à la fois par la création de la richesse et sa redistribution de façon équitable. Le taux de croissance du revenu par habitant, estimé à 1,3 % en moyenne sur la période 1994-2002 a continué de décroître au cours des années qui ont suivi (-0,6 % sur la période 2002-2007 et -1,5 % sur celle de 2007-2010).

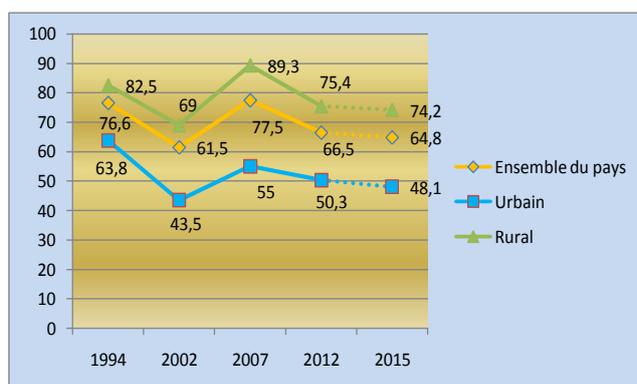
A l'opposé de la période 2002-2010, les années 2011 et 2012, ont été marquées par la stabilisation du cadre macroéconomique et le démarrage de réformes structurelles qui ont abouti à l'atteinte du point d'achèvement de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés en septembre 2012. Cependant la timide reprise de la croissance économique (3,9 % en

2011 et 2012) n'a pas encore permis d'accroître substantiellement les revenus par tête et inverser la tendance haussière de la pauvreté depuis 2002⁷.

Indicateur 1.5	Ratio emploi/ Population
-----------------------	---------------------------------

Le taux d'emploi de la population active connaît de fortes fluctuations : 76,6 % en 1994, 61,5 % en 2002, 77,5 % en 2007 et 66,5 % en 2012.

Graphique 1B.2: Evolution du ratio emploi/population active au niveau national et selon le milieu de résidence



Ces variations sont fortement liées à la volatilité des taux de croissance de l'économie et aux différentes crises sociales et politiques que le pays a traversées à partir de 2002 avec comme corollaire l'accroissement du chômage, notamment en milieu urbain et le sous-emploi en milieu rural⁸.

La structure de l'emploi est dominée par les emplois indépendants du secteur non structuré (65,8 %) et les aides familiaux (24,1 %) ; les salariés ne représentant que 9 % du total des actifs occupés. Le secteur primaire

et le commerce absorbent à eux seuls l'essentiel des emplois (65,7 % et 14,8 %, respectivement). Les industries manufacturières et de transformation (y compris les mines et carrières) n'absorbent que 0,8 % des emplois d'après les informations tirées des dernières enquêtes sur la pauvreté (EIBC-1994, QUIBB-2002, ELEP-2007 et ELEP-2012).

Par rapport au milieu de résidence, les taux d'emploi en milieu rural sont nettement plus élevés que ceux observés en milieu urbain sur toute la période 1994-2012 et suivent la même évolution que la tendance observée au niveau national. En milieu rural, la structure des emplois en 2012 est dominée par les indépendants agricoles (68,3 %) et les aides familiaux (27 %). En milieu urbain, les indépendants non agricoles du secteur informel (59,2 %) et les salariés (25,5 %) constituent l'essentiel des actifs occupés. Quel que soit le milieu de résidence, le secteur non structuré constitue le principal pourvoyeur d'emplois d'après les informations tirées des dernières enquêtes sur la pauvreté (EIBC-1994, QUIBB-2002, ELEP-2007 et ELEP-2012).

Du point de vue du genre, le taux d'emploi en 2012 est légèrement à l'avantage des hommes (67,6 % pour les hommes contre 65,5 % pour les femmes). Le même constat a été observé durant la période 2002-2007 ; signe de la persistance de barrières et de considérations d'ordre sociologiques et traditionnelles qui limitent l'accès des femmes à l'emploi.

Sur le plan régional, les régions de N'Zérékoré (77,5 %), Kankan (77,2 %), Faranah (77,4 %), Boké (70,5 %) et Kindia (69,1 %) enregistrent les taux d'emploi les plus élevés en 2012. A l'opposé, la capitale se distingue par un faible taux d'occupation (47,5 %) en stagnation depuis 2007.

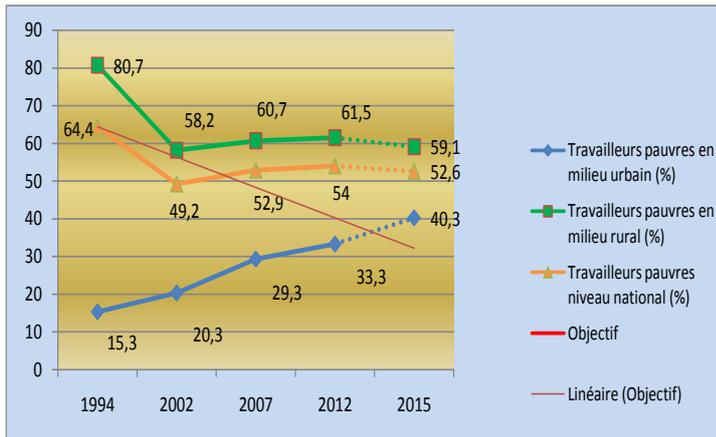
⁷ L'élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance sur la période de 1994-2002 est de l'ordre de (-1,36), celle sur la période 2007-2012 a été plus faible (-0,25) contre une moyenne pour l'ensemble de l'Afrique de l'Ouest de -1,67.

⁸ Le taux de chômage qui était de 8 % à Conakry en 2002 est passé à 8,4 % en 2007 (5,5 % dans les autres centres urbains) et 13,6 % en 2012 (9,6 % dans les centres urbains). De même, le taux de sous-emploi en milieu rural s'est accru, passant de 13,2 % en 2002 à 14,7 % en 2012 (voir EIBEP-2002 et ELEP-2012).

Indicateur 1.6**Proportion de la population occupée vivant en dessous du seuil de pauvreté**

En 2012, plus d'un travailleur sur deux (54 %) vivait avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté. Le nombre de travailleurs pauvres, est en progression depuis 2002 : 1,3 millions en 2002 ; 2,2 millions en 2007 et 2,4 millions en 2012. La période 1994-2002, est marquée par une baisse significative du nombre de travailleurs pauvres: 1,3 millions en 2002 contre 1,6 millions en 1994.

Graphique 1B.5: Evolution de la proportion de travailleurs pauvres au niveau national et selon le milieu de résidence

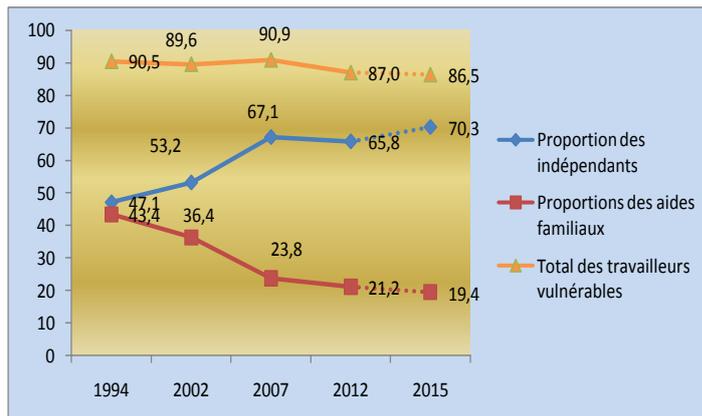


disparités frappantes existent entre le milieu rural et le milieu urbain. En effet, en 2012, la proportion de travailleurs pauvres s'élève à 61,5 % en milieu rural contre 33,3 % en milieu urbain. On décomptait ainsi en 2012, 1,8 fois plus de travailleurs pauvres en milieu rural qu'en milieu urbain. Le ratio était de 2,1 en 2007, 2,9 en 2002 et 2,9 en 1994.

au niveau régional, Conakry se démarque de la moyenne du pays avec une proportion de 45,1 % de travailleurs pauvres, au-dessus de la moyenne nationale. Toutes les autres régions à l'exception de Kankan (45,1%) enregistrent des proportions élevées de travailleurs pauvres, au-dessus de la moyenne nationale.

Indicateur 1.7**Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée**

Graphique 1B.6: Evolution de la proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée



Les travailleurs indépendants et les aides familiaux évoluent généralement dans le secteur non structuré et sont dans les ménages très vulnérables. Leur part dans la population active est estimée à 87 % en 2012 contre 91 % en 2007, 89,6 % en 2002 et 90,5 % en 1994.

Les indépendants (agricoles et non agricoles) constituent la principale force de travail du pays (65,8 % en 2012 contre 67,1 % en 2007, 53,2 % en 2002 et 47,1 % en 1994). Du point de vue du sexe, la dominance

des femmes dans les activités indépendantes est manifeste à partir de 2002 (voir graphique 1B.7). En 2012, la proportion de femmes indépendantes dans la population active occupée se chiffre à 66,7 % contre 65,4 % pour les hommes. Par rapport au milieu de résidence, les résultats indiquent une prédominance des indépendants ruraux (68,3 % en 2012, 69,6 % en 2007 et 58 % en 2002). Sur le plan régional, Boké (76,2 % en 2012), Labé (75,6 %), Mamou (73,1 %) et Kindia (72,2 %) enregistrent les proportions d'indépendants les plus élevées en 2012. A l'opposé, Conakry (53,6 % en 2012) et Kankan (55,5 %) enregistrent les plus faibles proportions d'indépendants.

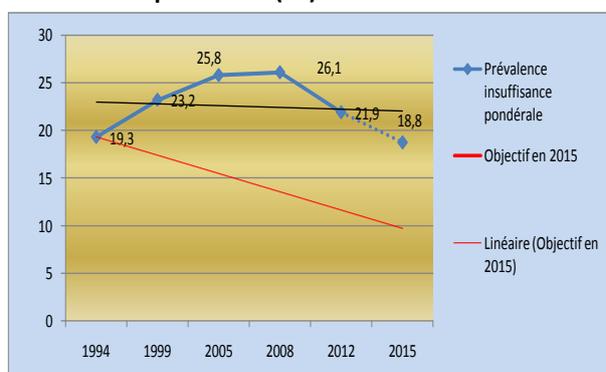
La proportion des aides familiaux dans la population active occupée est en baisse progressive sur toute la période 1994-2012 : 43,4 % en 1994, 36,4 % en 2002, 23,8 % en 2007 et 21,2 % en 2012. En milieu rural, les aides familiaux constituent 27 % des actifs occupés de ce milieu en 2012, niveau en nette baisse par rapport aux années précédentes (43,6 % en 1994, 38,3 en 2002 et 27,8 % en 2007). A l’instar de la tendance observée en milieu rural, la proportion des aides familiaux en milieu urbain ne représente plus que 5,7 % des actifs occupés de ce milieu en 2012 contre 11,6 % en 2007. Du point de vue du genre, sur l’ensemble des actifs occupés de sexe masculin 14,8 % étaient en 2012 des aides familiaux contre 24,5 % en 2007 ; 19,8 % en 2002 et 25,4 % en 1994. Par rapport aux actifs occupés de sexe féminin, 27 % étaient des aides familiaux en 2012 contre 23,3 % en 2007, 39 % en 2002 et 59 % en 1994. Au niveau régional, les régions administratives de Kankan (38,6 %), N’Zérékoré (28,1 %) et Faranah (24,5 %) enregistrent les plus fortes proportions d’aides familiaux en 2012. A l’opposé, ces proportions sont faibles dans les régions de Conakry (2,8 %), Boké (14,2 %) et Labé (14,2 %).

Cible 1C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim.

Indicateur 1.8	Prévalence de l’insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans⁹.
-----------------------	--

En Guinée, la prévalence d’insuffisance pondérale enregistre une baisse sur la période 2008-2012 : 18 % en 2012 contre 26,1 % en 2008. Cette amélioration fait suite à une longue période de détérioration de l’état nutritionnel des enfants : 19,3 % en 1994, 23,2 % en 1999 ; 25,8 % en 2005 et 26,1 % en 2008. Bien que la tendance récente soit à la baisse, le niveau élevé de la prévalence d’insuffisance pondérale constitue une préoccupation liée notamment à son incidence sur la morbidité, la mortalité et le développement physique et mental des enfants.

Graphique 1C.1 : Evolution de la prévalence de l’insuffisance pondérale (%)



Du point de vue du milieu de résidence, 25,4 % des enfants du milieu rural sont atteints d’insuffisance pondérale en 2012 contre 12 % en milieu urbain. L’écart entre le milieu rural et le milieu urbain a tendance à se creuser. En effet, la prévalence d’insuffisance pondérale était 1,7 fois plus élevée en milieu rural qu’en milieu urbain en 1994 ; ce ratio passe à 2,1 en 2012. Il faut souligner que la tendance observée en milieu urbain s’inscrit sur la trajectoire visant l’atteinte de la cible. Cependant d’importants défis demeurent pour réduire

la prévalence en milieu rural

Au niveau régional, les régions administratives de Kankan (29,5 %), Labé (26,2 %) et Mamou (25,2 %) sont les régions à très forte prévalence d’insuffisance pondérale des enfants de moins de cinq ans en 2012. Conakry enregistre le plus faible pourcentage d’enfants souffrant d’insuffisance pondérale (10,1 %).

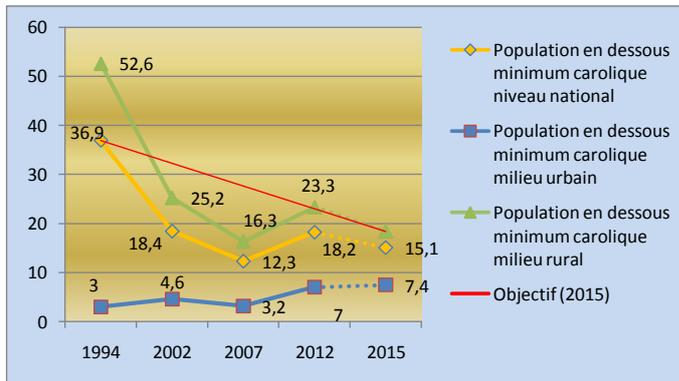
⁹ Les données sont tirées de l’EIBC (1994), EDS (2005), ENENSE (2008) et EDS – MICS (2012)

Indicateur 1.9

Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique

En 2012, moins d'un guinéen sur cinq (18,2 %) ont un niveau de consommation en dessous du besoin minimum calorique (2500 Kcal/personne et par jour). Cet indicateur a connu une baisse sur la période 1994-2007 (-1,9 points de pourcentage en moyenne par an). Par contre sur la période 2007-2012, la proportion de la population n'atteignant pas le minimum calorique est passée de 12,3 % à 18,2 %, soit un accroissement annuel de 1,2 points de pourcentage en moyenne. Il est important de souligner que pour cet indicateur, l'objectif visant à réduire de moitié à l'horizon de 2015, la proportion d'individus n'atteignant pas le minimum calorique (18,4 %) est atteint dès 2012 et cette tendance devrait se maintenir jusqu'en 2015.

Graphique 1C.4 : Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimum d'apport calorique selon le niveau national et le milieu de résidence.



Par rapport au milieu de résidence (voir graphique 1C.4), des écarts importants existent cependant entre le milieu urbain et le milieu rural : un peu plus d'un individu sur cinq vivant en milieu rural (23,3%) vit en dessous du seuil alimentaire contre 7 % des individus résidents en milieu urbain. En 1994, la proportion de ruraux en dessous du seuil minimum calorique était 17,5 fois plus importante que celle des urbains. Ce ratio a constamment baissé dans le temps : 5,5 en 2002, 5,1 en 2007 et 3,3 en 2012.

Par rapport au niveau régional (voir tableau 1C.1), de fortes disparités existent ; à l'exception de Conakry (3 %), Kankan (17 %), Boké (18 %) et Kindia (18,2 %), les régions administratives enregistrent de proportions élevées d'individus n'atteignant pas le minimum calorique : Mamou (23 %), Labé (30,5 %) et Faranah (26,1 %).

Aperçu synoptique de principaux goulots d'étranglement

Indicateurs de suivi	Politiques et planification (y.c. S&E)	Budget et financement	Fournitures de services	Utilisation de services
Cible 1 A: Réduire de moitié entre 1990 et 2015, la proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté				
Indicateur 1.1: proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté national	Politiques publiques mises en œuvre de la décennie passée très laxistes ayant entraîné des problèmes de gouvernance dans tous les domaines) et une faible croissance de l'économie; Politique de population faiblement mise en œuvre entraînant une faible maîtrise de la croissance démographique ; faible intégration des politiques de population dans les politiques, projets et programmes de développement; développement régional déséquilibré; retard dans la mise en œuvre des projets miniers, générateurs de revenus et d'emplois	Faiblesse du financement allouée aux secteurs sociaux; Baisse drastique des financements extérieurs au cours des 10 dernières années	Faiblesse des infrastructures d'appui au développement (eau, électricité, routes...); faible capacité de la production locale (prédominance des produits importés); faiblesse des capacités institutionnelle (administration, institutions...); Inégalités dans l'offre des services sociaux entre le milieu urbain et le rural ainsi que entre les régions administratives	Faible utilisation des services sociaux due à la faiblesse des revenus ou à l'éloignement ; faible accessibilité des populations aux denrées de première nécessité (répercussions crise alimentaire mondiale)

Indicateurs de suivi	Politiques et planification (y.c. S&E)	Budget et financement	Fournitures de services	Utilisation de services
Indicateur 1.2: indice d'écart de pauvreté	Politiques de protection des couches vulnérables faiblement mis en œuvre; insuffisance des mécanismes de transferts envers les pauvres	Faiblesse du financement allouée aux secteurs sociaux Baisse drastique des financements extérieurs au cours des 10 dernières années		
Indicateur 1.3: Part du quintile le plus pauvre dans la consommation nationale	Politiques de redistribution en faveur des pauvres (politiques pro-pauvres) ont eu un impact limité	Faiblesse du financement de la protection sociale		Faible accès des pauvres aux services sociaux du fait de l'insuffisance des revenus
Cible 1B: Assurer le plein emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes de trouver un emploi décent et productif				
Indicateur 1.4: taux de croissance du PIB par habitant	Politiques de gestion de l'économie au cours de la décennie passée trop laxistes avec pour conséquence la baisse de l'activité économique et l'augmentation du chômage des jeunes			
Indicateur 1.5: Ratio emploi/population	Politiques d'emploi des jeunes très limitées (projets HIMO, FONU, salon de l'emploi), faible mise en œuvre de la lettre de politique de promotion du secteur privé et de la politique nationale de développement du secteur industriel; Climat des affaires peu propice aux initiatives privées et aux investissements directs étrangers; retard dans la mise en œuvre des grands projets miniers		Création limitée d'emploi dans le secteur public et dans le secteur privé formel	Inadéquation formation-emploi; inadéquation des programmes de formation au marché du travail
Indicateur 1.6: proportion de la population occupée vivant en dessous du seuil de pauvreté	Retard dans la mise en œuvre du SMIG		Forte prédominance des emplois informels; précarité des emplois et vulnérabilité des travailleurs du secteur informel	
Indicateur 1.7: % de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée	Absence de politiques visant à l'intégration graduelle des activités informelles vers le formel		Faible diversification et caractère informel de l'économie; structure de production	
Cible 1C: Réduire de moitié entre 1990 et 2015, la % de la population qui souffre de faim				
Indicateur 1.8: Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans	Politique en matière d'éducation nutritionnelle faiblement mise en œuvre ainsi que politique de valorisation des valeurs nutritionnelles des produits locaux	Faibles capacités en ressources financières et matérielles des structures en charge de la nutrition; faible pouvoir d'achat des ménages	Faible sensibilisation en matière éducation nutritionnelle (méconnaissance des valeurs nutritives des aliments locaux, mauvais sévillage, manque d'hygiène alimentaire, interdits alimentaires); Faible productivité et prédominance d'une agriculture de subsistance; absence de mécanisme adé-	Faible fréquentation des centres nutritionnels pour une éducation nutritionnelle

Indicateurs de suivi	Politiques et planification (y.c. S&E)	Budget et financement	Fournitures de services	Utilisation de services
			quat pour la commercialisation et la transformation des produits agricoles; Faiblesse des capacités des structures en charge de la nutrition	
Indicateur 1.9: Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal calorique	Politique de développement agricole (LPDA et t PNIA) faiblement mis en œuvre	Faible efficacité dans la gestion des ressources allouées au secteur agricole; taux d'intérêt des structures de micro finances élevés	Faible aménagement des plaines et bas-fond, enclavement des zones de production, faible appui aux exploitations familiales et aux filières végétales et animales	Faible accessibilité des ménages aux denrées alimentaires en vue d'équilibrer et de diversifier leur alimentation du fait des prix élevés des produits alimentaires

CONCLUSION SUR L'OMD 1:

L'analyse des performances enregistrées au niveau de l'objectif 1 a permis de révéler que la Guinée est loin de réussir son pari d'éliminer l'extrême pauvreté et la faim à l'horizon de 2015.

En effet, **la pauvreté et les inégalités** se sont aggravées au cours des dix dernières années. Cette situation est la résultante d'un système de gouvernance qui a pendant longtemps freiné la valorisation de l'immense potentiel économique du pays et bloqué les opportunités de création de richesses et d'emplois en faveur des populations. De nouvelles préoccupations sont apparues et concernent la montée progressive de la pauvreté dans les centres urbains. Si la tendance enregistrée au cours de la période 2007-2012 se poursuit, le taux de pauvreté devrait se situer à 57 % en 2015, niveau nettement supérieur au taux souhaité (31,3 %).

Concernant, **l'emploi**, la structure du marché du travail a évolué vers des emplois moins productifs générés par l'expansion du secteur informel. Les indépendants et les aides familiaux en constituent les principales composantes. Parmi ces travailleurs, environ 2,4 millions (54% de la population active occupée) vivent avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté national. Le travail salarié, notamment dans le secteur formel est très faible ; conséquence directe des contreperformances économiques au cours des dix dernières années et d'un environnement peu propice au développement des affaires et aux investissements dans le secteur industriel et les PME.

Au niveau de la **cible 3 qui vise à réduire de moitié la proportion de la population qui souffre de la faim**, les résultats indiquent que la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans, bien qu'en baisse demeure à un niveau très élevé. Ce qui constitue une préoccupation majeure surtout quand on sait les effets d'une malnutrition élevée sur la morbidité et la mortalité des enfants ainsi que sur leurs rendements scolaires. Il est peu probable que cet indicateur atteigne sa cible en 2015.

Quant aux individus n'atteignant pas le minimum calorique, ils représentent un guinéen sur cinq. C'est le seul indicateur de l'objectif N°1 qui est atteint dès 2012.

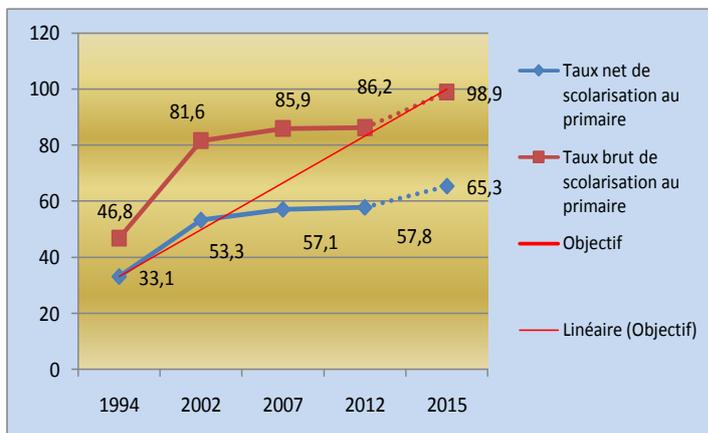


3.2 OBJECTIF 2: ASSURER L'EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS

Cible 2A : d'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaire.

Indicateur 2.1	Taux net de scolarisation dans le primaire¹⁰
-----------------------	--

Graphique 2A.1 : Evolution du taux brut et du taux net de scolarisation (%) au niveau primaire



Le taux net de scolarisation au primaire a connu une nette progression sur la période 1994-2007, avant de se stabiliser sur la période 2007-2012 (33,1 % en 1994, 57,1 % en 2007 et 57,8 % en 2012), soit un accroissement de 24,7 points de pourcentage en 18 ans.

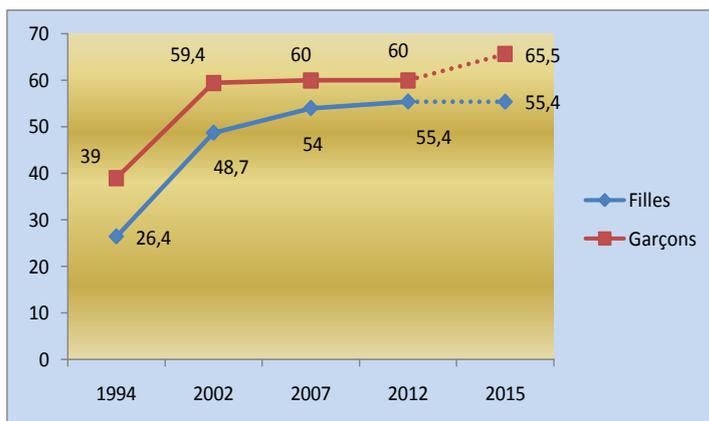
D'autres indicateurs tels que le taux brut de scolarisation, montrent les progrès accomplis en matière d'éducation au primaire.

Cette forte progression est imputable aux acquis majeurs des différents

programmes d'appuis au secteur de l'éducation qui ont amélioré l'offre d'infrastructures scolaires. Cependant, les efforts consentis restent très en deçà des besoins pour atteindre l'objectif de scolarisation universelle à l'horizon 2015. En outre, cette forte progression de la scolarisation dissimule des disparités frappantes entre les sexes, le milieu de résidence, la région administrative et le niveau de vie de pauvreté.

¹⁰ Les indicateurs ont été estimés à partir des données d'enquêtes :EIBC-1994, EIBEP-2002, ELEP-2007 et ELEP-2012. Les services de planifications du Ministère de l'enseignement pré-universitaire et de l'éducation civique disposent également d'informations sur ces indicateurs.

Graphique 2A.2 : Evolution du taux net de scolarisation (%) selon le sexe



1,2 en 2002 et 1,1 en 2007 et 2012.

Par rapport au milieu de résidence, un déséquilibre frappant existe entre le milieu urbain et le milieu rural : en 2012, le taux net de scolarisation en milieu urbain était 1,7 fois plus élevé que celui du milieu rural. Ce ratio bien qu'en nette baisse par rapport à 1994 est quasi stationnaire depuis 2002.

Au niveau régional, des disparités existent entre la capitale et le reste du pays et entre les régions. Conakry se détache du lot avec des taux nets de scolarisation très élevés mais stables (autour de 84 %) sur la période 2002-2012. Le secteur privé occupe une part très importante dans l'offre d'éducation dans la capitale (79,3 % du total des salles de classes en 2012). La région de Mamou, unique région en dehors de Conakry ayant enregistré un taux de scolarisation au-dessus de la moyenne nationale, se distingue également par des taux de scolarisation en nette progression : 23,6 % en 1994, 49,6 % en 2002, 51,2 % en 2007 et 62,5 % en 2012. Les régions de N'Zérékoré, Faranah et Boké connaissent en 2012, une baisse de leurs taux de scolarisation par rapport à 2007. Les régions de Kankan (39,7 % en 2012) et Faranah (47,1 %) enregistrent les taux nets de scolarisation les plus faibles.

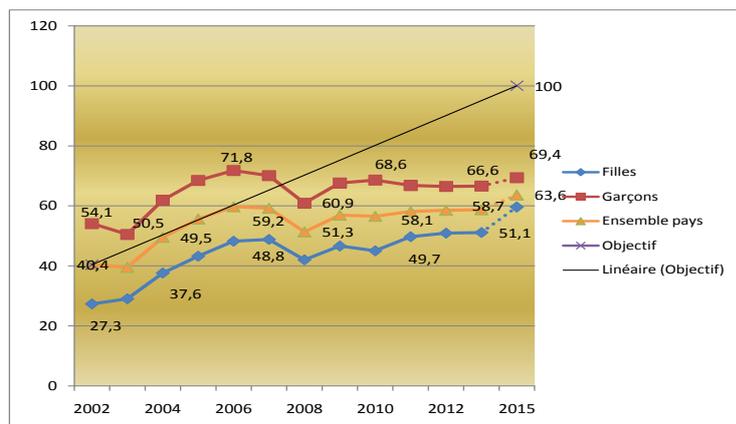
Du point de vue du niveau de pauvreté des ménages, en 1994 le taux de scolarisation des enfants des ménages les plus riches (5^{ème} quintile) était 4,7 fois supérieur à celui des enfants des ménages les plus pauvres (1^{er} quintile). En 2012, ce ratio est ramené à 1,5. Ce qui dénote qu'un effort important a été accompli dans la scolarisation des enfants de ménages pauvres.

Malgré ces progrès sur le plan quantitatif, beaucoup reste à faire au niveau de la qualité. En effet, d'après les informations de l'enquête sur la pauvreté de 2012, 47 % des élèves du primaire (50 % en milieu rural et 43 % en milieu urbain) ne sont pas satisfaits des services d'éducation fournis, en 2012. Les raisons évoquées sont les suivantes : manque de livres et de fournitures (38% des cas de réponses), effectif pléthorique (34 %), cherté de l'école (26 %), manque ou insuffisance d'enseignant (18 %), absentéisme des enseignants (15 %) et qualité de l'enseignement dispensé (11 %).

Indicateur 2.2	Taux d'achèvement des études primaires
-----------------------	---

La proportion d'enfants ayant achevé leur cycle du primaire est passée de 40,4 % en 2002 à 58,7 % en 2012, niveau nettement inférieur à l'objectif de 100% fixé pour 2015. Ce niveau traduit la faible qualité de l'enseignement dispensé. Il est le reflet de l'inefficacité interne du système, notamment en sa capacité à réduire les abandons scolaires et à encourager l'assiduité des enseignants et des élèves.

Graphique 2A.6: Evolution du taux d'achèvement au primaire au niveau national et selon le sexe



A l'instar des autres indicateurs de l'éducation, le taux d'achèvement en 2013 des garçons (66,6 %) est supérieur à celui des filles (51,1 %). Le ratio entre le taux d'achèvement des garçons et celui des filles est passé de 2 en 2002 à 1,3 en 2012 et 2013. Ce qui dénote des efforts importants réalisés pour maintenir les filles dans le cursus scolaire et les amener à terminer le cycle du primaire.

Par rapport au milieu de résidence, de fortes disparités existent entre le milieu urbain et le milieu rural : le

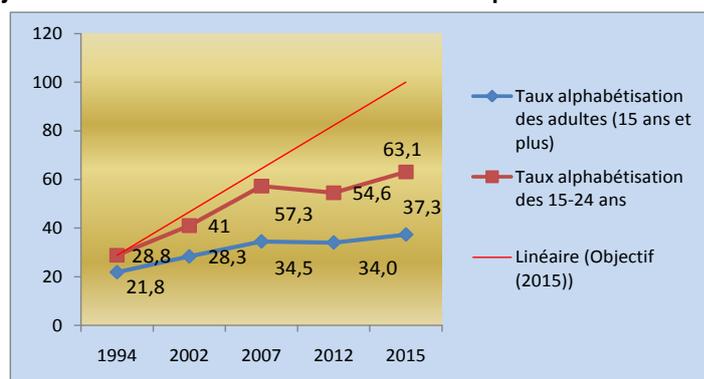
taux d'achèvement au primaire est de près de 90 % en milieu urbain en 2010 contre seulement près de 40 % en milieu rural. En 2012, le taux d'achèvement au primaire en milieu urbain est 2,25 fois supérieur à celui du milieu rural contre 2,30 en 2002. La faiblesse du taux d'achèvement en milieu rural est liée à la faiblesse des infrastructures dans ce milieu, le manque d'enseignants et certaines pesanteurs d'ordre socioculturel qui poussent les enfants à abandonner l'école. Des défis importants demeurent pour améliorer l'éducation en milieu rural.

Au niveau régional, des disparités frappantes existent entre la capitale et le reste du pays. Conakry se détache des autres régions avec un taux d'achèvement, supérieur à l'objectif fixé par l'OMD 2 depuis 2009. Toutes les autres régions enregistrent des taux d'achèvement au primaire en dessous de la moyenne nationale. Les régions de N'Zérékoré enregistre le plus faible taux d'achèvement au primaire.

Indicateur 2.3	Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes
-----------------------	---

En 2012, 54,6 % des jeunes âgés de 15-24 ans étaient alphabétisés. Ce taux a connu un accroissement régulier sur la période 1994-2007 (28,8 % en 1994, 41 % en 2002 et 57,3 % en 2007) avant de décroître à partir de 2007. Cependant, sa progression a été plus rapide que celle des adultes.

Graphique 2A.8 : Evolution du taux d'alphabétisation des jeunes de 15-24 ans et adultes de 15 ans et plus



Du point de vue du genre, un écart important existe entre les hommes et les femmes. En 2012, le taux d'alphabétisation des jeunes de sexe masculin était de 65,5 % contre 44,6 % pour ceux de sexe féminin. Les deux taux ont connu un accroissement soutenu entre 1994 et 2007 avant de reculer à partir de cette date. Ce même écart est constaté au niveau de l'alphabétisation des adultes (15 ans et plus), bien qu'il ait tendance à baisser (47,2% pour les

hommes et 22,8% pour les femmes en 2012 contre 37% pour les hommes et 9,3% pour les femmes en 1994).

Par rapport au milieu de résidence, le taux d'alphabétisation des jeunes est estimé en 2012 à 78,1 % en milieu urbain contre 35,6 % en milieu rural. En milieu urbain, les taux d'alphabétisation ont augmenté de façon régulière sur toute la période 1994-2012. En 1994, le niveau d'alphabétisation

des jeunes en milieu urbain était 3,1 fois supérieur à celui du milieu rural ; ce ratio est ramené à 2,2 en 2012.

Au niveau régional, Conakry se détache du reste du pays avec un niveau d’alphabétisation des jeunes de 81,3 %. Labé est la seule région de l’intérieur qui enregistre un taux d’alphabétisation (57,4 %) au-dessus de la moyenne nationale. A l’opposé, La région administrative de Kankan enregistre le plus faible taux d’alphabétisation (33,2 %).

Du point de vue du niveau de pauvreté, l’alphabétisation sur la période 1994-2012 a fortement profité aux jeunes vivants dans des ménages pauvres. En effet, en 1994, le taux d’alphabétisation des jeunes vivants dans les ménages les plus riches (5^{ème} quintile) était 4,4 fois supérieur à ceux appartenant aux ménages les plus pauvres (1^{er} quintile). Ce ratio est réduit à 1,6 en 2012.

Aperçu synoptique des principaux goulots d’étranglement

Indicateurs de suivi	Politiques et planification (y.c. S&E)	Budget et financement	Fournitures de services	Utilisation de services
Cible 2A : d’ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, les moyens d’achever un cycle complet d’études primaire.				
Indicateur 2.1: taux net de scolarisation au primaire	Faible maîtrise des politiques de population (niveau de fécondité élevé)	Insuffisance des ressources finances et matérielles (budget 12 % en moyenne); répartition non optimale des ressources entre les sous-secteurs de l’éducation; faible déconcentration de la gestion budgétaire; faible motivation financière des maîtres exerçant en milieu rural	Offre insuffisante de salles de classes (35 804 salles au primaire pour 1 536 722 élèves en 2011/12); Pléthore d’élèves par classe dans le public surtout en milieu urbain; Existence de beaucoup d’écoles à cycle incomplet surtout en milieu rural; Insuffisance de maîtres (ratio élève maître de 60 au primaire, 120 à 150 en milieu urbain en 2011/12); insuffisance de matériels pédagogiques; utilisation de contractuels sans formation pédagogique préalable; faible qualité de l’enseignement; importance du secteur privé surtout dans les centres urbains	Eloignement des écoles des lieux de résidence Faiblesse des revenus des parents pour s’offrir convenablement des services d’éducation; manque d’intérêts des parents (faible perspective d’emploi, chômage)
Indicateur 2.2: taux d’achèvement des études primaires	Absence de stratégies de communication visant la sensibilisation des parents sur l’importance d’achever le cycle primaire	Insuffisance des ressources finances et matérielles (budget inférieure à 30%); répartition non optimale des ressources entre les sous-secteurs de l’éducation; faible déconcentration de la gestion budgétaire	Existence de beaucoup d’écoles à cycle incomplet surtout en milieu rural (67%); Insuffisance de maîtres ou manque de maître surtout en milieu rural; utilisation de contractuels sans formation pédagogique préalable	Eloignement des écoles des lieux de résidence Faiblesse des revenus des parents pour s’offrir convenablement des services d’éducation; manque d’intérêts des parents (faible perspective d’emploi, chômage); abandon surtout dans les zones minières; mariage précoce des filles
Indicateur 2.3: taux d’alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes	Faiblesse du mécanisme de pilotage et de suivi-évaluation de la politique nationale d’alphabétisation et d’éducation non formelle	Insuffisance des ressources financières	Faible qualité de l’offre d’alphabétisation (problèmes d’adaptation aux besoins, au contexte et caractéristiques des groupes à alphabétiser)	

CONCLUSION SUR L'OMD 2 :

L'analyse des performances au niveau de l'OMD 2, montre que des progrès significatifs ont été accomplis en matière de scolarisation dans le primaire mais beaucoup d'efforts restent à faire pour améliorer la qualité de l'enseignement et l'efficacité interne du système. En outre, d'importantes disparités persistent encore entre les filles et les garçons et entre la capitale et le reste des régions. De même, le fossé qui sépare le niveau actuel des indicateurs de l'éducation (taux nets de scolarisation, taux d'achèvement et taux d'alphabétisation des jeunes) est très important.

Pour parvenir, l'éducation primaire universelle, il s'avère nécessaire d'augmenter l'investissement dans le secteur en vue d'accroître les infrastructures scolaires, d'améliorer la gouvernance interne du système d'éducation, la qualité de l'enseignement et la réduction du taux de redoublement à un niveau raisonnable en dessous de 10%. Des mesures spécifiques sont à envisager pour éliminer les obstacles à la scolarisation des filles et réduire les déséquilibres entre la capitale et le reste du pays et enfin la valorisation de la profession enseignante. De même, la communauté et la société civile doivent s'impliquer davantage dans l'éducation de la population en vue d'encourager l'éducation des jeunes filles et résorber certains préjugés sociaux, us et coutumes entravant l'éducation des jeunes filles, notamment les mariages précoces/forcés.



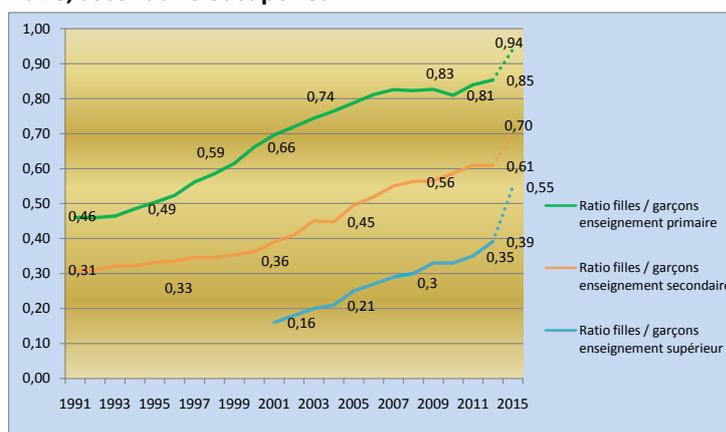
3.3 OBJECTIF 3: PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES

Cible 3A : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.

Indicateur 3.1	Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur
-----------------------	---

Concernant les disparités entre les sexes, des progrès importants ont été réalisés surtout au niveau de l'éducation primaire. Le rapport filles/garçons au primaire est de 0,85 en 2012, contre 0,79 en 2005 et 0,46 en 1991. Si le rythme actuel de croissance est maintenu, il est fort probable que la parité soit réalisée d'ici 2015.

Graphique 3A.1 : Evolution du rapport filles/garçons au primaire, secondaire et supérieur



Du point de vue du milieu de résidence, un écart de 0,2 point d'indice de parité au primaire sépare le milieu urbain du milieu rural en 2012 contre 0,3 point en 1994. Il est à noter que la parité est atteinte en milieu urbain. Par contre, en milieu rural, 0,2 point d'indice sépare le milieu rural de l'objectif fixé.

En ce qui concerne le secondaire, l'indice de parité a doublé sur la période 1994-2012, passant de 0,31 en 1991 à 0,61 en 2012. Au niveau de l'enseignement supérieur, le ratio filles /garçons est de 0,39 en 2012 contre 0,16 en 2001. S'agissant de l'enseignement technique et professionnel, l'indice de parité est de 1,07 en 2012 en faveur des filles contre 0,59 en 1994.

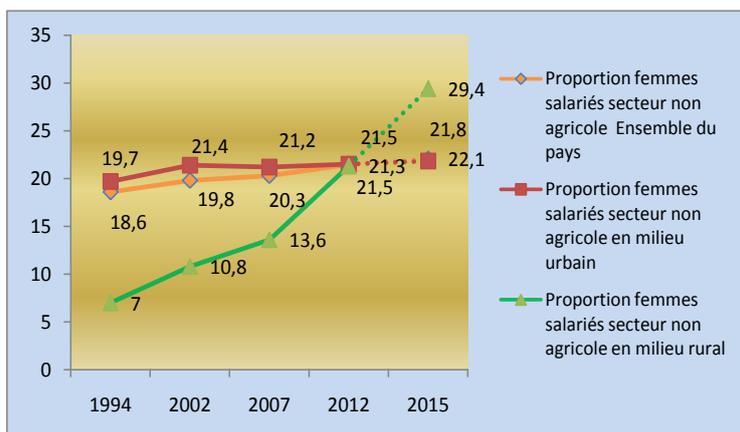
Indicateur 3.2	Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole
-----------------------	---

En 2012, un peu plus d'une femme travailleuse sur cinq du secteur non agricole (21,5%) occupait un

emploi salarié. Cette proportion n'a enregistré qu'un faible accroissement de 3 points de pourcentage sur toute la période 1994-2012.

Cette rigidité du marché du travail est due à la faible diversification des autres sources de revenus par rapport aux activités informelles et agricoles du fait que la quasi-totalité des emplois en Guinée est constituée d'emplois vulnérables (indépendants et aides familiaux). Les estimations chiffrent à 360 787 individus la population de femmes salariées en 2012 contre 131 167 individus en 1994.

Graphique 3A.5 : Evolution de la proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole au niveau national et selon le milieu de résidence



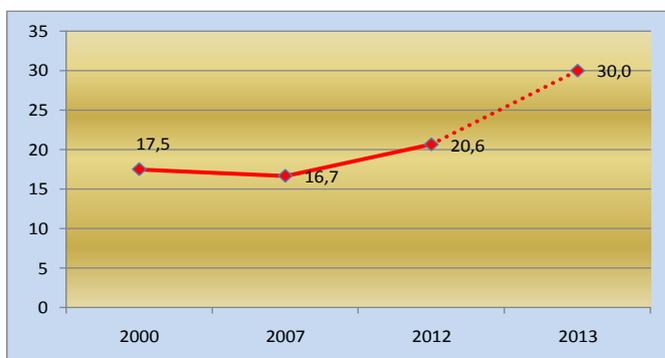
En milieu urbain, cette proportion demeure quasiment stable : 19,7% en 1994, 21,4% en 2002 et 21,5% en 2012. Par contre en milieu rural, elle a enregistré une forte augmentation, passant de 7% en 1994 à 21,3% en 2012.

Au niveau régional, de fortes disparités existent entre les régions : la proportion de femmes salariées du secteur non agricole varie d'un minimum de 13% à Kindia à un maximum de 30% à Kankan et Labé.

Au niveau de l'éducation, on décompte au primaire 58 maîtresses pour 100 maîtres en 2012 contre 29 en 1991. Au niveau du secondaire, ce ratio demeure très faible (0,06 en 2012) et est stable depuis 2004. Concernant l'enseignement supérieur, sur un effectif de 8 204 enseignants en 2012, on dénombrait 169 femmes enseignantes, soit un ratio femmes/hommes de 0,021. Au sein de la Fonction Publique, sur un effectif civil de 99 337 fonctionnaires civils en 2011, seuls 26% des fonctionnaires sont des femmes, dont que 12% occupent des postes de direction. Au niveau des forces de défense et de sécurité, les femmes représentent 11% des effectifs de la police 15% dans la gendarmerie (Evaluation ECOWAS, 2012) et 5,9% dans les différents corps d'armée.

Indicateur 3.3	Proportion des sièges occupés par des femmes au parlement national
-----------------------	---

Graphique 3A.8 : Proportion de sièges occupés par des femmes au Parlement



La proportion de femmes au Parlement a faiblement progressé depuis la 2^{ème} République passant de 17,5 % en 2000 à 20,6% en 2010 et 22% en 2014. Mise en place suite aux élections législatives du 28 Septembre 2013, l'Assemblée Nationale compte actuellement 24 femmes sur un effectif total de 114 députées.

Les femmes continuent d'être sous représentées dans la vie publique et politique et aux postes de décision. Malgré le fait que le nouveau code électoral exige que chaque liste de partis compte au moins 30% de femmes, seulement 70% des partis politiques ont respecté cette mesure lors

des élections législatives de 2013¹¹.

Concernant les autres institutions, les femmes représentent 17,6% des juges à la Cour Suprême (3 femmes sur un total de 17 juges) et 24,4% des conseillers du Conseil économique et social (11 femmes sur 45 conseillers). Le Conseil National de la Communication est dirigée par une femme sur un total de 9 conseillers. En 2014, suite le remaniement gouvernemental intervenu au lendemain des élections législatives de 2013, on dénombre 14,7% de femmes ministres au sein du Gouvernement (5 sur 34).

Aperçu synoptique de principaux goulots d'étranglement

Indicateurs de suivi des progrès	Politiques et planification (y.c. S&E)	Budget et financement	Fournitures de services	Utilisation de services
Cible 3A : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.				
Indicateur 3.1 : rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur	Absence de stratégies de communication et de sensibilisation sur la nécessité d'éduquer les filles	Voir contraintes au niveau de l'indicateur 2.1	Voir contraintes au niveau de l'indicateur 2.1	Faible accès des filles au secondaire et supérieur Les coutumes et mœurs qui freinent l'éducation des filles (mariage précoce, travaux domestiques)
Indicateur 3.2: Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole	Faible opérationnalisation des textes légaux et conventions internationales (politique nationale genre, code civil révisé, stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre, Loi sur la santé de reproduction et des conventions internationales et régionales) ; faible prise en compte du genre dans les politiques, projets et programmes de développement ; faiblesse du système d'informations sur le genre	Faible appropriation de la budgétisation sensible au genre		Existence de barrières d'ordre socioculturelles limitant l'accès des femmes à des emplois
Indicateur 3.3: Proportion des sièges occupés par des femmes au parlement national	Non adoption de la loi sur la parité (Loi portant sur le code électoral attribue des quotas aux femmes :30% des postes électifs) faiblement appliquée)			Faible capacité des femmes en leadership Faible appropriation des droits fondamentaux de la femme par les décideurs, les communautés et les femmes elles-mêmes

11

CONCLUSION SUR L'OMD 3

Dans le domaine de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes (objectif 3), des progrès significatifs ont été réalisés dans la promotion de l'équité des genres dans l'enseignement primaire et dans l'enseignement technique et professionnel mais pas suffisamment au niveau du secondaire et de l'universitaire. Les emplois féminins dans le secteur non agricole ont faiblement progressé du fait de la structure même du marché du travail marquée par la prédominance des emplois vulnérables (indépendants et aides familiaux), de la faible qualification de la main d'œuvre féminine et de la survivance de certaines pesanteurs d'ordre socioculturel.

Bien que le code électoral ait prévu de rehausser la participation des femmes au Parlement, elles continuent d'être sous-représentées dans toutes les instances de décision. L'objectif 3 est un des rares objectifs à portée de main si des mesures adéquates sont prises en matière d'équité dans le secondaire et le supérieur et de promotion des femmes dans les instances de décision. Pourtant il est à noter que les femmes font face à des défis spécifiques qui ne sont pas mesurés par les indicateurs des OMDs et qui limitent leur épanouissement et pleine contribution au développement socio-économique du pays. Ainsi, 91,2% des femmes guinéennes sont victimes d'une forme de violence au cours de leur vie.¹² Les formes les plus répandues de violences en Guinée sont les mutilations génitales féminines (96%), les violences conjugales (85%) et les mariages précoces (63%). A cela s'ajoutent la non prise en charge du genre dans les budgets et la faible capacité des mécanismes en charge du genre et de la planification.

¹² Enquête Nationale sur les Violences Basées sur le Genre, Direction Nationale de la Promotion Féminine, Ministère d'Etat des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, Conakry, République de Guinée, Mai 2009.



3.4 OBJECTIF 4: REDUIRE LA MORTALITE INFANTO-JUVENILE

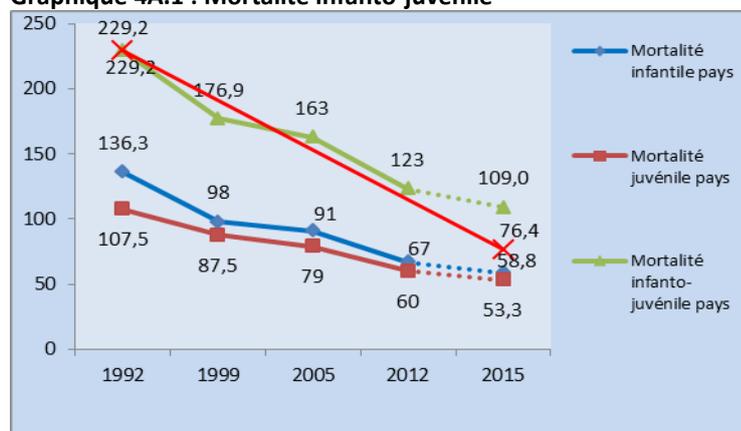
Cible 4A: Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, la mortalité des enfants de moins de cinq ans

Indicateur 4.1

Mortalité infanto-juvénile

Selon les données disponibles, issues des rapports des enquêtes démographiques et de santé¹³, la mortalité infanto-juvénile enregistre une baisse régulière passant de 229,2 décès pour 1000 naissances vivantes en 1992 à 123 décès pour 1000 naissances vivantes en 2012 ; soit une baisse de 46,3% en 18 ans. La mortalité infantile y contribue légèrement plus que la mortalité juvénile. Cette performance pourrait être la conséquence de la mise en œuvre du programme des soins de santé primaires, lancé en 1988, et de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies des nouveau-nés et de l'enfant (PCIMNE) depuis 2000. Ces initiatives ont fortement amélioré l'accès de la population, notamment celle vivant dans le monde rural, aux services de santé curatifs et préventifs. Elles ont contribué à réduire significativement la fréquence et l'impact des épidémies meurtrières de rougeoles, la fréquence du tétanos néonatal. Elles ont par ailleurs amélioré la prise en charge des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires aiguës.

Graphique 4A.1 : Mortalité infanto-juvénile



Ces avancées ont été cependant freinées à partir de 2000 suite aux conséquences de l'éclatement de plusieurs conflits dans la sous-région (Libéria, Sierra Leone, Côte d'Ivoire) qui avaient fortement perturbé la mise en œuvre des programmes dans toutes les préfectures situées dans le sud du pays. L'augmentation des dépenses sécuritaires pour faire face à cette situation régionale avait aussi

entraîné la réduction des allocations financières en faveur du secteur de la santé. Cette situation pourrait expliquer le ralentissement observé entre 1999 et 2005. Cependant, la baisse qui a repris après est moins importante que pendant la période d'avant-guerre. Cela pourrait être dû à la mau-

¹³

Enquêtes Démographiques et de Santé 1992, 1999, 2005 et 2012

vaie gouvernance qui s'est intensifiée à partir de 2005.

La mortalité infanto-juvénile, bien qu'en baisse en milieu urbain et rural, est plus élevée en milieu rural. En 1992, elle était 1,6 fois supérieure en milieu rural qu'en milieu urbain. En 2012, ce ratio est de 1,7 ; ce qui traduit la persistance des inégalités entre les deux milieux en matière de lutte contre la mortalité infanto-juvénile.

Sur le plan régional, les données disponibles sont celles de 2005 et 2012, à l'exception de Conakry. La plus forte baisse est observée dans la région de Nzérékoré, suivi de Boké et Mamou. A Kankan, au contraire, elle a fortement augmenté, passant de 107‰ à 193‰. Une telle hausse mérite d'être examinée pour en identifier les causes et prendre les mesures appropriées de contrôle.

La mortalité-infanto-juvénile a baissé dans toutes les classes socioéconomiques entre 2005 et 2012. Elle est fortement influencée par le niveau de richesse du ménage et demeure plus élevée chez les plus pauvres, avec un écart plus grand entre eux en 2012. En effet, en 2005, la mortalité infanto-juvénile était de 217‰ chez les plus pauvres et 113‰ chez les plus riches. En 2012, elle est de 173‰ et 68‰ respectivement.

Indicateur 4.2	Mortalité infantile
-----------------------	----------------------------

La mortalité infantile a diminué de façon régulière, passant de 136 décès pour mille naissances vivantes en 1992 à 91 décès pour mille naissances vivantes en 2005. Cette baisse s'est poursuivie

Graphique 4A.2 : Mortalités infantile, néonatale et post-néonatale



en 2012 (67 décès pour mille en 2012), soit une réduction de 24% entre 2005 et 2012. Cette baisse est essentiellement due à la réduction de la mortalité post-néonatale, celle de la mortalité néonatale ayant été très modeste.

Quelle que soit la variable examinée (genre, milieu de résidence, région et niveau de bien-être économique), les disparités sont frappantes.

Selon le genre, la mortalité infantile frappe davantage les garçons que les filles : 83‰ pour les enfants de sexe masculin contre 68‰ pour ceux de sexe féminin en 2012. Ces taux se chiffraient à 162,8‰ et 142,7‰ en 1992.

Du point de vue du milieu de résidence, en 2012, la mortalité infantile est plus élevée en milieu rural (83‰) qu'en milieu urbain (55‰). En 1992, le taux de mortalité infantile en milieu rural était 1,6 fois supérieur à celle du milieu urbain. En 2012, ce ratio est réduit à 1,5.

La région de Nzérékoré est celle qui a marqué le plus de progrès. En effet la mortalité infantile est passée de 132‰ en 2005 (taux le plus élevé des régions) à 67‰ en 2012 (le plus bas taux de l'ensemble des régions). Cette performance est due, entre autres, à l'impact des interventions des partenaires (projet conjoint du système des nations unies) et des ONG et aux comportements favorables à la santé (meilleures hygiènes personnelles ...). Elle est suivie par la région de Kindia dont la mortalité infantile a diminué de 115‰ à 67‰ dans la même période. En 2012, la mortalité des enfants de moins d'un an est plus élevée dans les régions de Faranah et de Kankan tandis qu'elle est plus faible dans celles de Conakry, Nzérékoré, Boké et Kindia.

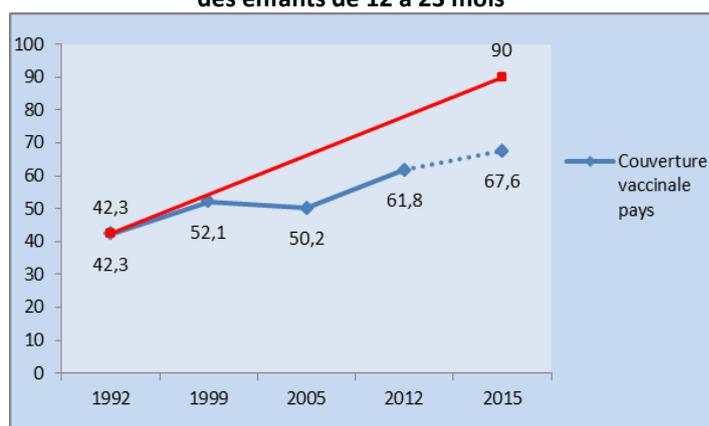
A l'instar de ce qui a été observé au niveau de la mortalité des moins de 5 ans, la mortalité infantile est fortement liée au niveau de bien-être économique des ménages. Le taux de mortalité infantile a été réduit chez toutes les catégories de bien-être économique depuis 2005, les second et quatrième quintiles ayant enregistré la plus forte baisse. Cependant, les enfants des plus pauvres meurent encore deux fois plus que ceux des plus riches.

Les causes de la mortalité des enfants de moins de 5 ans sont principalement liées à des pathologies qui sont évitables en adoptant des comportements (meilleure hygiène personnelle, assainissement, meilleure nutrition...).

Indicateur 4.3	Couverture vaccinale anti-rougeoleuse
-----------------------	--

La couverture vaccinale anti-rougeoleuse des enfants de moins d'un an a augmenté de 42,3% à 61,8% entre 1992 et 2012 au niveau national. Jusqu'en 1999, les objectifs annuels ont été pratiquement réalisés. Mais, du fait du contexte politique et de la détérioration de la gouvernance, la situation s'est sensiblement détériorée à partir de 1999, avant d'amorcer une nouvelle dynamique de progrès au cours de ces dernières années.

Graphique 4A.3 : Couverture vaccinale anti-rougeoleuse des enfants de 12 à 23 mois



Les enfants de zones urbaines bénéficient d'une couverture vaccinale 1,3 fois plus élevée que ceux des zones rurales. De plus, entre 2005 et 2012, le progrès est plus marqué en zone urbaine. Cette différence pourrait s'expliquer par une meilleure accessibilité aux soins en zone urbaine (plus faibles distances à un point de vaccination, disponibilité de personnel qualifié).

Au niveau régional, la couverture vaccinale a augmenté entre 2005 et 2012 dans toutes les autres régions, notamment à Conakry et à Nzérékoré, à l'exception de la région de Mamou. Cette couverture vaccinale est fortement liée au niveau de bien-être des ménages.

Les enfants issus des ménages les plus riches ont une couverture 1,5 fois plus élevée que ceux d'enfants issus de ménages les plus pauvres. Cela pourrait être dû à la meilleure information des plus riches sur les avantages de la vaccination. De plus, comme les pauvres sont plus nombreux en zone rurale, la faible disponibilité des services de santé dans ces zones pourrait contribuer aussi à creuser l'écart.

Bien que globalement la tendance soit à l'augmentation de la couverture vaccinale, au rythme actuel, elle peut être estimée à 65,1% en 2015, donc nettement en dessous de l'objectif de 90%. Ainsi, les chances d'atteindre le niveau souhaité à l'horizon 2015 est mince.

Aperçu synoptique de principaux goulots d'étranglement

Indicateurs de suivi	Politique et planification (y compris S&E)	Budget et financement	Fourniture des services	Utilisation des services
Cible 4A: Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, la mortalité des enfants de moins de cinq ans				
Indicateur 4.1: Mortalité infanto-juvénile	Absence de politique et de plan de ressources humaines		Mauvaise gouvernance (ressources humaines requises pour apporter les prestations à la fois mal formées, mal réparties, démotivées), faible qualité des prestations	Accessibilité réduite en milieu rural
Indicateur 4.2: Mortalité infantile	Absence de politique et de plan de ressources humaines		Mauvaise gouvernance (ressources humaines requises pour apporter les prestations à la fois mal formées, mal réparties, démotivées), faible qualité des prestations	Accessibilité réduite en milieu rural
Indicateur 4.3: Couverture vaccinale anti-rougeoleuse	Absence de politique et de plan de ressources humaines	Faible contribution financière de l'Etat à l'achat des vaccins	Mauvaise gouvernance (ressources humaines requises pour apporter les prestations à la fois mal formées, mal réparties, démotivées), faible qualité des prestations	Accessibilité réduite en milieu rural

CONCLUSION SUR L'OMD 4

La réduction de la mortalité infanto-juvénile et de la mortalité infantile respectivement de 40 points de pourcentage et de plus de 24 points de pourcentage et l'augmentation de la couverture vaccinale de 11,6 points de pourcentage depuis la dernière évaluation, sont des preuves indéniables que des progrès importants ont été réalisés vers cet objectif.

Ces réalisations ont été possibles grâce aux mesures pertinentes qui continuent d'être mises en œuvre dans le pays. Ces progrès sont, cependant, en-deçà du niveau attendu. Les contraintes et défis à surmonter sont énormes et les ressources nécessaires très limitées.

Aussi, à la lumière de ce qui précède et malgré les importants progrès réalisés, la probabilité d'atteindre l'objectif 4, relatif à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, est très faible en Guinée. La mise en œuvre des nouvelles stratégies de réduction de la pauvreté (permettant d'améliorer la gouvernance générale et dans les secteurs ministériels), du nouveau plan de développement sanitaire (qui devrait mieux intégrer les OMD), y compris celui des ressources humaines pour la santé, le renforcement du programme de santé de la reproduction (influant sur la mortalité néonatale, composante importante de la mortalité infantile en Guinée) permettra, durant les deux années prochaines et après 2015, de faire certainement de nouvelles avancées sensibles.



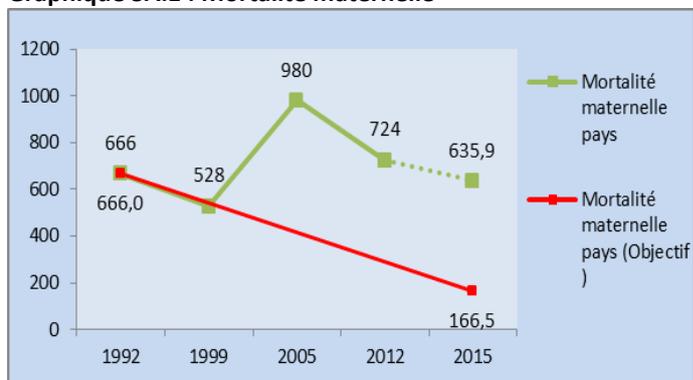
3.5 OBJECTIF 5 : AMELIORER LA SANTE MATERNELLE

Cible 5A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

Indicateur 5.1	Taux de mortalité maternelle
-----------------------	------------------------------

La mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) a connu une réduction remarquable, passant de 666 en 1992 à 528 en 1999. Les statistiques ont reflété une brusque remontée en 2005 (980) qui serait dû à l'application d'une méthodologie plus sensible; elle ne représenterait pas ainsi une augmentation réelle de la mortalité maternelle. De nouveau une baisse a été amorcée et, en 2012, la mortalité maternelle est à 724 décès pour 100 000 naissances. Toutefois, si le rythme de baisse observé pendant cette période, est maintenu, l'objectif escompté en 2015 ne serait pas atteint.

Graphique 5A.1 : Mortalité maternelle



Plusieurs causes sont à l'origine des décès maternels, notamment les pathologies obstétricales directes (hémorragies, l'hypertension artérielle, les dystocies, les infections) ainsi que l'anémie et le paludisme. Les facteurs sous-jacents à ces causes sont liés au (i) dysfonctionnement du système de santé avec un déficit du personnel qualifié, (ii) la faible efficacité du système de référence-recours et (iii) les discriminations et inégalités de genre qui entraînent la précarité des conditions sociales et économiques des femmes et qui limitent leur accès aux services disponibles.

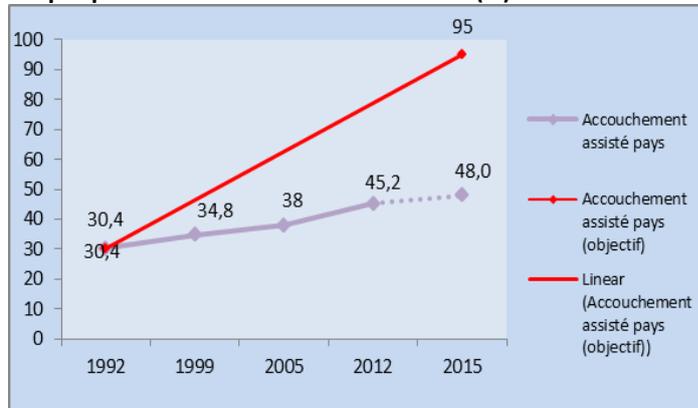
Ces causes sous-jacentes induisent des retards dans la prise en charge des urgences obstétricales et favorisent les décès maternels. Dans le contexte de la Guinée cinq retards interdépendants sont à prendre en considération: (i) le temps pour reconnaître qu'une femme est confrontée à un problème de "vie ou de mort"; (ii) le temps de prise de décision pour solliciter des services; (iii) la durée du parcours pour bénéficier des services; (iv) le retard pour bénéficier des services dès l'arrivée au centre de santé; (v) retard "politique" pour appréhender effectivement et efficacement la question de la mortalité maternelle, en rapport avec les différentes politiques et stratégies et adoptées.

Indicateur 5.2	Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé
-----------------------	--

qualifié

La proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié (médecin, sage-femme, infirmier d'Etat, agent technique de santé) s'est accru depuis 2005, année de référence de la dernière évaluation, passant de 38% à l'époque à 45,2% en 2012. Au taux d'accroissement actuel, il sera de l'ordre de 48% en 2015, soit pratiquement la moitié de l'objectif (95%).

Graphique 5A.2 : Accouchements assistés (%)



Du point de vue du milieu de résidence, la proportion d'accouchements assistés en zones urbaines est satisfaisante en 2012 (84%) et pourrait être très proche de l'objectif en 2015. A l'opposé en zone

rurale, elle est encore de loin inférieure à la moitié dudit objectif. Cette performance des zones urbaines se doit largement aux résultats de la Ville de Conakry.

Par région administrative et par niveau de bien-être économique, les données ne sont disponibles qu'à partir de 2005. Sur le plan régional, la proportion d'accouchements assistés est globalement inférieure à la moyenne nationale (45,2%), sauf à Conakry (91,2%). Les régions de Kankan (43,4%) et Nzérékoré (42,5%) ont respectivement reculé ou stagné. C'est à Mamou où les femmes sont moins assistées par du personnel qualifié pendant leur accouchement (20,7%).

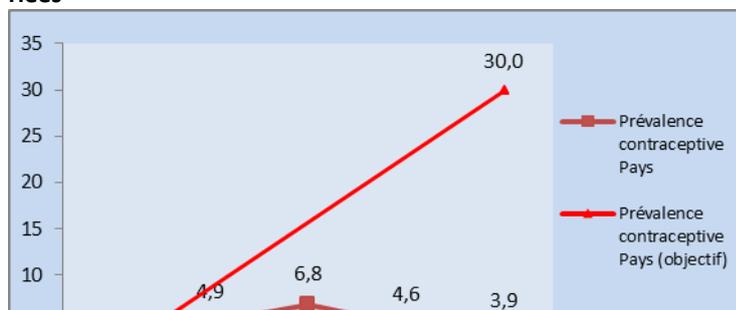
Les inégalités remarquables existent entre les différents niveaux de bien-être économique. A titre d'illustration, les femmes issues des ménages du quintile des plus riches enregistrent des taux d'accouchements assistés de 91,5% en 2012 contre 18,7% pour celles du quintile des plus pauvres.

Cible 5B : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015

Indicateur 5.3

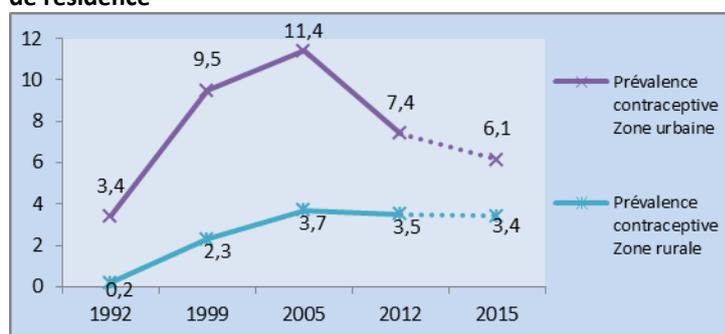
Taux de prévalence contraceptive chez les personnes mariées

Graphique 5A.3 : Taux de contraception chez les personnes mariées



Les données disponibles montrent une faible utilisation de la planification familiale. En effet, en 2012, le taux de contraception a marqué une chute importante de 2,2% pour l'ensemble du pays par rapport à 2005. On en déduit que le risque de grossesses non désirées est élevé et, par conséquent celui d'avortements clandestins et de mortalité maternelle.

Graphique 5A.4 : Contraception pour le pays et selon le milieu de résidence



Cette situation s'explique par la forte baisse en zone urbaine qui, toutefois, a une meilleure prévalence que le milieu rural.

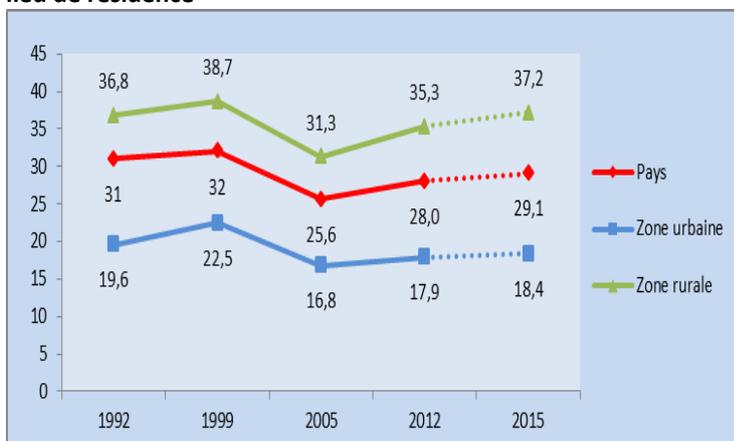
La région de Labé a marqué une

forte augmentation, suivie de celle de N'Zérékoré. Toutes les autres régions ont vu leur prévalence contraceptive baisser entre 2005 et 2012, notamment la région de Kankan. L'augmentation constatée à Labé pourrait être due aux actions conjointes de la GIZ et de l'UNFPA qui ont appuyé la contraception dans cette région. Celle observée à Nzérékoré s'explique probablement par les actions successives, sans rupture des projets «Extending Service Delivery (ESD)», MCHIP de Jhpiego et le programme conjoint du Système des Nations Unies, qui ont amélioré la qualité des services de planification familiale et développé un important réseau communautaire de distribution de produits.

Indicateur 5.4 Taux de fécondité parmi les adolescentes

A défaut de données sur la natalité chez les adolescentes, la fécondité des adolescentes (proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà eu un enfant ou qui sont enceintes) a été analysée. En 2012, cette proportion est de 28% pour l'ensemble du pays (35,3% en milieu rural et 17,9% en milieu urbain).

Graphique 5A.5 : Fécondité des adolescentes globale et par milieu de résidence



La fécondité des adolescentes est plus importante en zone rurale qu'en zone urbaine. Elle a augmenté de 2,4 points de pourcentage pour l'ensemble du pays (4 points en milieu rural et 1,1 points en zone urbaine) entre 2005 et 2012. De même, la contribution des adolescentes à la fécondité générale a légèrement augmenté en passant de 14 % à 15% pour la même période.

Selon la région administrative, Kankan et Nzérékoré ont la plus forte fécondité des adolescentes (36,7% et 36,2% respectivement), alors que

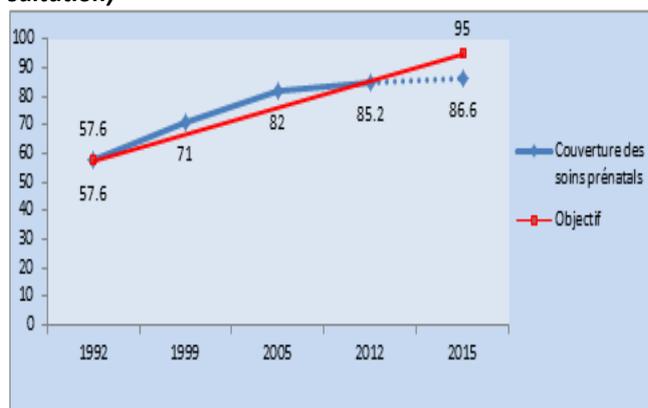
la ville de Conakry enregistre le taux le plus faible (14,1%). Le taux de fécondité des adolescentes augmente dans toutes les autres régions, à l'exception des régions de Kankan, Faranah et Conakry.

Par rapport au bien-être économique, le taux de fécondité décroît en fonction du niveau de bien-être économique du ménage. En 2012 le quintile le plus pauvre enregistre le taux le plus élevé (39,8%) contre 13,8% pour le quintile le plus riche.

Indicateur 5.5 Couverture de soins prénatals

La proportion de femmes enceintes ayant bénéficié de consultations prénatales a légèrement augmenté depuis la dernière évaluation, passant de 82% en 2005 à 85,2% en 2012.

Graphique 5A.6 : Couverture des soins prénatals (% de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une consultation)



Selon le nombre de consultations réalisées, la couverture en matière de soins prénatals peut être subdivisée en deux sous-indicateurs : le pourcentage de femmes ayant bénéficié d'au moins une consultation pendant leur grossesse et le pourcentage de femmes ayant bénéficié d'au moins quatre consultations pendant leur grossesse.

En 2012, selon les données disponibles,

86,5% des femmes enceintes du pays (95,2% dans le milieu urbain et 83,2% en zone rurale) ont reçu au moins une visite prénatale tandis que 56,6% parmi elles (77,1% en zone urbaine et 48,5% en zone rurale) en ont eu au moins quatre consultations. A titre de comparaison, ces proportions étaient respectivement de 78 et 49% en 2005.

Indicateur 5.6	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale
-----------------------	---

Les **besoins non satisfaits en matière de planification familiale**, ont modérément diminué entre 1992 et 2005 en passant de 24,7% à 21,2%. Depuis 2005, une recrudescence des besoins non satisfaits à 23,7% a été constatée, ce qui pourrait être en relation avec le recul de la prévalence contraceptive, surtout en zone urbaine (notamment à Conakry).

Graphique 5A.7 : Fig. 5B.8 : Besoins non satisfaits en planification familiale



Cette évolution s'observe aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, mais elle est plus prononcée dans les villes.

Des disparités existent également par région, Conakry et Mamou connaissant les niveaux les plus élevés et Nzérékoré et Boké les plus bas. La tendance est à la hausse dans toutes les régions à l'exception de Nzérékoré où les besoins non satisfaits ont baissé d'environ 6 points de pourcentage depuis la dernière évaluation.

Il est remarquable que Nzérékoré est aussi la région où le recours à la PF a le plus augmenté depuis 2005, date de référence de la dernière évaluation. On pourrait donc croire que la disponibilité des produits contraceptifs et des agents communautaires participant à large échelle à la distribution y jouent un rôle majeure.

Curieusement, ce sont les couches les plus riches (cinquième quintile), pour des raisons non élucidées, qui ont le pourcentage de besoins en PF non satisfaits.

Aperçu synoptique de principaux goulots d'étranglement

Indicateur de suivi	Politique et planification (y compris S&E)	Budget et financement	Fourniture de service	Utilisation des services
Cible 5A : réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle				
Indicateur 5.1: <i>Taux de mortalité maternelle</i>	Idem que pour l'objectif 4	Rémunération du personnel non motivante pour les zones rurales, faible budget de l'Etat alloué à l'achat des médicaments essentiels	Mauvaise gouvernance (Très faible disponibilité du personnel qualifié en zone rurale), structures de soins peu équipées pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) de base et complets, faible qualité des prestations dans le suivi de: la grossesse, la conduite de l'accouchement, le suivi du post-partum (mère et nouveau-né)	Faible utilisation pour des raisons de faible accessibilité aux services de SONU: pas de consommables ni d'équipements, personnel sans habileté à utiliser les équipements existants
Indicateur 5.2: <i>Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié</i>	Très faible système de suivi et faible utilisation des résultats des évaluations pour planifier et exécuter les mesures correctrices appropriées		Faible disponibilité des services par défaut de personnel qualifié en zone rurale	Faible fréquentation du fait de la faible qualité des services
Cible 5B : rendre l'accès à la médecine procréative universelle d'ici 2015				
Indicateur 5.3: <i>Taux de prévalence contraceptive chez les personnes mariées</i>		Peu ou pas de budget national consacré à l'achat de produits contraceptifs	Faible disponibilité des services de PF par défaut de produits contraceptifs, notamment en zone rurale dans certaines régions	Faible connaissance de la population sur les services de PF (disponibilité, utilité et lieu)
Indicateur 5.4: <i>Taux de fécondité parmi les adolescentes</i>	Pas de politique sociale interdisant les mariages précoces, surtout forcés, et pénalisant les auteurs de grossesse chez les adolescentes		Pas de système de recours en cas de mariage précoce forcé	La tradition et les coutumes sont très favorables aux mariages de la fille en bas âge (à partir de 13 ans)
Indicateur 5.5: <i>Couverture de soins prénatals</i>	Mauvaise gouvernance traduite par la faible mobilisation et l'utilisation inefficace des ressources financières mobilisées, des ressources humaines, l'absence du leadership en général du MSHP	Absence d'audit financier des différents services concernés par les soins prénatals, depuis les services centraux du MSHP jusqu'aux structures de soins	Faible disponibilité des services de santé maternelle et infantile, notamment en zone rurale, faute de personnel qualifié, faible réactivité du système de santé là où les services existent	Faible accessibilité des services en zone rurale, faible connaissance de la population sur les soins prénatals, notamment leur utilité
Indicateur 5.6: <i>Besoins non satisfaits en matière de planification familiale</i>	Manque de système d'information permettant rapidement de découvrir le problème et d'identifier les demandeurs non satisfaits (le taux des besoins non satisfaits n'est connu qu'à l'occasion des EDS conduits tous les 5 ans ou plus)		Faible disponibilité des services de PF par défaut de produits contraceptifs, notamment en zone rurale dans certaines régions	

CONCLUSION SUR L'OMD 5

Des progrès remarquables ont été réalisés depuis la dernière évaluation en termes de réduction de la mortalité maternelle. Cependant, ces progrès ont été plus modestes pour certains indicateurs de cet objectif. La fécondité des adolescentes (indicateur indirect de la natalité dans ce groupe d'âge) et la proportion des besoins en PF non satisfaits, contrairement aux autres, après une réduction régulière jusqu'en 2005, ont marqué une augmentation à partir de cette année. Contre toute attente, la prévalence contraceptive a diminué fortement. Par ailleurs, il existe des disparités et inégalités plus ou moins aiguës selon le milieu de résidence, la région administrative et le niveau de bien-être économique. Globalement, les progrès observés n'ont pas permis d'atteindre l'objectif.

Compte tenu de la fragile situation économique du pays, du poids que représente les efforts nécessaires pour atteindre les autres objectifs et celui-ci, le pays ne semble pas posséder les ressources requises pour y arriver en 2015. Il ne semble pas non plus être à mesure de les mobiliser d'ici l'échéance de 2015 du fait de la mauvaise gouvernance combinée au contexte international peu favorable. En conséquence, la chance de réaliser l'objectif 5 à l'horizon 2015 est très réduite en Guinée.



3.6 OBJECTIF 6: COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES

Cible 6A: D'ici à 2015, avoir enravé la propagation du VIH et commencé à inverser la tendance actuelle

Indicateur 6.1	Prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans
-----------------------	---

L'épidémie de VIH semble être stable en Guinée selon les enquêtes démographiques et de santé de 2005 et de 2012, avec des taux d'incidence respectifs de 1,5% et 1,7% chez les personnes âgées de

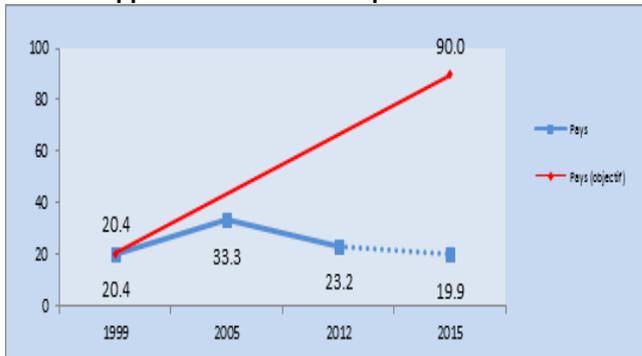
Graphique 6A.1 : Prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 pour l'ensemble du pays et selon le genre



15-49 ans. On relève néanmoins une féminisation de la pandémie avec 2,1% de prévalence chez les femmes contre 1,2% chez les hommes. En outre parmi les femmes, les travailleuses du sexe et les femmes enceintes sont particulièrement vulnérables à la pandémie avec des prévalences de 16,7% et 3,2% respectivement. Chez les jeunes de 15-24 ans, la proportion de personnes infectées n'a pas changé durant la même période, s'établissant à 0,9%. Cette tendance, probablement due à

l'augmentation de l'utilisation du condom au cours des relations sexuelles à haut risque dans ce groupe, pourrait signifier que le pays est sur la voie de contrôler du VIH dans ce groupe d'âge. En effet, la proportion des jeunes de 15 à 24 ans qui utilisent le condom au cours des relations sexuelles à risque est passée de 31,8% en 2005 à 46,4% en 2012, soit une progression d'environ 15 points de pourcentage.

On observe une tendance à la baisse chez les garçons (0,6% en 2005 et 0,4% en 2012) et à une très légère hausse chez les filles (1,2% en 2005 et 1,3% en 2012). Les jeunes filles de 15 à 19 ans sont plus affectées (15 fois) que les garçons du même âge. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes filles entretiendraient des relations sexuelles avec des adultes, plus enclins à être infectés. Le taux de fécondité reste encore élevé chez les jeunes de 15 à 24 ans (146‰), malgré les améliorations obtenues depuis la dernière évaluation. Ce taux reflète l'importance des rapports sexuels sans protection et continue de représenter, dans une certaine mesure, une menace qui mérite d'être pris en compte dans les politiques sociales et les nouvelles stratégies sanitaires du pays.

Indicateur 6.2**Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque****Graphique 6A.2 : Taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque**

L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque a reculé au niveau national depuis 2005 pour l'ensemble de la population.

Toutefois, chez les femmes, on note une croissance modeste mais continue, d'environ 1,1 point de pourcentage par an depuis 1999, même si ce rythme de progrès ne suffit pas pour produire le résultat attendu en 2015. Il en est de même chez les jeunes de 15 à 24 ans. En effet, parmi les jeunes de 15-24 ans ayant eu

deux partenaires ou plus lors des 12 derniers mois, l'utilisation du préservatif est passée de 31,6% en 2005 à 46,4% en 2012, soit une augmentation de près de 14 points de pourcentage.

La population des zones urbaines utilise plus le préservatif dans les relations sexuelles à haut risque que celle des milieux ruraux. Sur le plan régional, la tendance a amorcé une baisse, plus perceptible dans les régions de Kindia, Mamou et Faranah.

L'utilisation du préservatif demeure faible chez les jeunes, avec un besoin non couvert en 2012 de presque la moitié de jeunes garçons (46%) et de plus de 6 jeunes filles sur 10 (63,4%). A ce rythme, en l'absence de nouvelles stratégies innovantes d'accélération de la prévention, la cible de 90% serait difficile à atteindre en 2015.

Indicateur 6.3**Proportion de la population de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH****Graphique 6A.3 : Proportion de la population de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH**

En 2012, la proportion de jeunes de 15-24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du sida est de 25,6% pour l'ensemble du pays (EDS-MICS 2012), dont 33,8% chez les garçons et 22,5% chez les filles. Cette proportion était de 18,1% en 2005 (EDS, 2005), ce qui marque une augmentation de 8,4% entre 2005 et 2012. Malgré le progrès important enregistré depuis 2005, le niveau de cet indicateur est encore faible. Or, la profondeur et l'exactitude des connaissances sur le VIH/sida ont un effet déterminant sur le comportement, notamment l'utilisation du préservatif lors des relations sexuelles à haut risque qui est encore très faible.

Cette performance encore insuffisante pourrait être la conséquence de l'inefficacité de l'IEC, notamment en zone rurale ; les informations relatives au VIH et les mécanismes de communication et d'éducation y afférents sont insuffisamment disponibles, accessibles et utilisés. Ce point de vue est renforcé par le constat selon lequel la chance d'avoir des connaissances plus exactes et complètes au sujet du VIH est 1,8 fois plus élevée dans la population urbaine que dans la population rurale. Le niveau plus élevé de l'accès à l'information et à l'éducation sur le VIH dans les zones urbaines est dû au fait, entre autres, du nombre des médias disponibles et accessibles (radio, télévision, journaux, ...) et de la meilleure éducation.

Indicateur 6.4

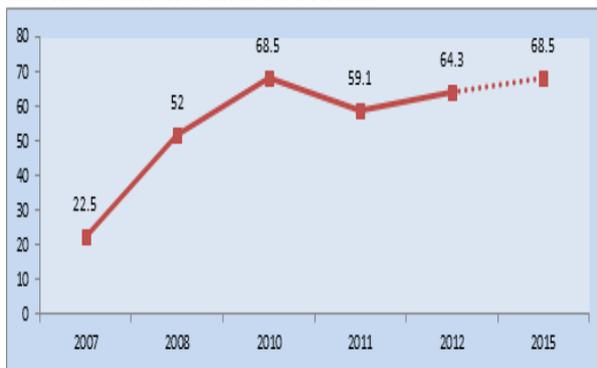
Taux de scolarisation des enfants rendus orphelins par le sida par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans

Comme constaté lors du précédent rapport, le taux de scolarisation des enfants rendus orphelins par le sida par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans ne pourra pas être renseigné. En effet, selon les données disponibles, le nombre total d'orphelins serait supérieur à 41000, mais le nombre de scolarisés parmi ces enfants n'est pas connu. L'absence d'une telle information, malgré le constat fait depuis la dernière évaluation, met en évidence certaines lacunes du système de suivi-évaluation des OMD.

Cible 6B : D'ici à 2015, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida**Indicateur 6.5**

Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux

Les données obtenues auprès du programme national de prise en charge sanitaire et de prévention

Graphique 6A.5 : Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux

des IST/VIH/sida (PNPCSP) indiquent que 22,5% de la population au stade avancé de l'infection par le VIH avaient accès à des médicaments antirétroviraux (ARV) en 2007 et 52% en 2008. Cette proportion a atteint 68,5% en 2010, 59,1 % en 2011 et 64,3% en 2012.

Une couverture plus importante en ARV serait possible d'ici 2015 si les efforts actuels sont maintenus à travers la proximité des offres de traitements aux populations peu couvertes jusqu'ici, telles que les enfants, les résidents en milieu rural ou d'autres groupes exposés aux risques de stigmatisation et de discrimination.

Cible 6C : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes endémies et commencé à inverser la tendance actuelle**Indicateur 6.6**

Taux d'incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie

Graphique 6A.6 : Incidence (pour mille par an) du paludisme

En l'absence d'enquêtes récentes, ce sont les données hospitalières qui sont utilisées pour étudier cet indicateur. Le taux d'incidence du paludisme, après une hausse modérée entre 2009 et 2010, se montre relativement constant depuis 2010 (91,5‰ en 2009, 106,3‰ en 2010¹⁴ et 109,4‰ en 2011 et 2012¹⁵). Sachant que tous les malades ne se présentent pas dans les structures de soins, ces taux devraient être en dessous de la réalité. En plus, ces données n'incluent pas les statistiques produites par le secteur privé.

¹⁴ D'après le *Plan stratégique pour faire reculer le paludisme en*

¹⁵ Données tirées de *l'Annuaire des statistiques sanitaires 2006*.

Néanmoins, ils sont révélateurs du problème de santé publique que constitue le paludisme en Guinée. La transmission se fait tout au long de l'année, mais la saison pluvieuse est la période où le plus grand nombre de cas est enregistré, avec des pics en juillet et août.

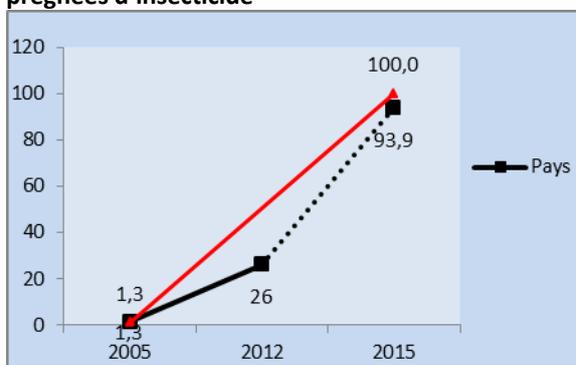
Bien que toute la population soit exposée au risque, les enfants de moins de cinq ans (avec une incidence de 221,8‰ en 2011¹⁶) et les femmes enceintes sont les couches les plus vulnérables.

Le paludisme est également responsable d'anémie sévère chez la plupart des personnes atteintes, notamment les femmes enceintes. Il provoque aussi des avortements, des accouchements prématurés et des poids faibles à la naissance.

Indicateur 6.7	Proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide
-----------------------	--

La proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) a fait un bond spectaculaire depuis 2005, en passant de 1,3% en 2005 à 26% en 2012.

Graphique 6A.7 : Proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide



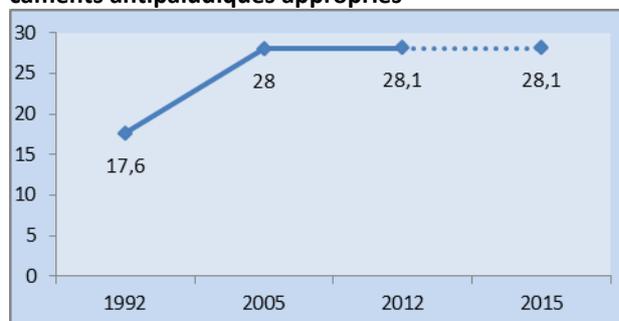
Ces progrès ont été obtenus notamment grâce à l'importation d'importantes quantités de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de produits d'imprégnation avec l'appui du Fonds Mondial et du projet d'appui au Plan national de développement sanitaire. Cependant, en dépit de ces progrès, le pays est loin d'atteindre la cible fixée à l'horizon 2015.

Les disparités sont très faibles entre milieu de résidence et niveau de bien-être économique.

Par contre, on observe des taux d'utilisation plus élevés dans les régions de Faranah (40,3%), Kankan (34,6%) et de Boké (30,4%). La ville de Conakry, en dépit de l'abondance des moustiques, présente le taux d'utilisation des moustiquaires le plus faible (16%).

Indicateur 6.8	Proportion d'enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludiques appropriés
-----------------------	---

Graphique 6A.8 : Proportion d'enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludiques appropriés



Les données tirées des dernières enquêtes de démographie et de santé (1992, 2005 et 2012) montrent une amélioration de cet indicateur jusqu'en 2005 suivie d'une stagnation. Bien que les garçons et les enfants des zones urbaines semblent avantagés, la différence n'est pas très significative, notamment entre garçons et filles.

En dépit des multiples initiatives de lutte contre le paludisme, y compris l'intégration du traitement de la maladie dans le paquet des services des centres et postes de santé,

le taux de traitement des enfants atteints de fièvre s'avère faible (moins de 30% en 2012). Outre la

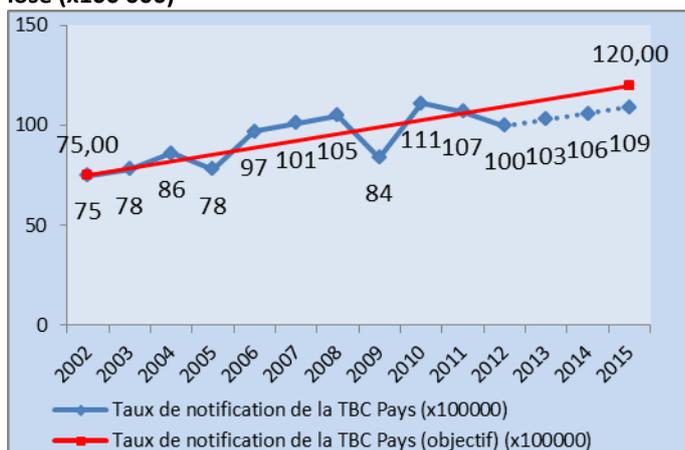
¹⁶ Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, *Annuaire statistique sanitaire, 2011, octobre 2012.*

disponibilité des services de santé (médicaments et agents communautaires), l'utilisation et la qualité des services constituent des sujets de préoccupation.

Indicateur 6.9	Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie
-----------------------	---

Les données relatives à la tuberculose sont collectées à partir de la base de données du programme national de lutte contre la tuberculose et de l'OMS.

Graphique 6A.9 : Taux de notification des cas de tuberculose (x100 000)



La tuberculose étant une maladie chronique, son incidence n'est pas facile à déterminer. Aussi, en collaboration avec l'OMS, le programme de lutte utilise le taux de notification qui donne une bonne idée de l'incidence. C'est cet indicateur qui sera utilisé dans ce rapport.

Une chute des notifications est observée entre 2008 et 2010, sans doute liée aux troubles socio-politiques que le pays a connues. Après un regain des notifications, une nouvelle baisse est entamée à partir de 2010. Avec cette tendance,

l'indicateur serait de 11 points de pourcentage en-deçà de sa valeur attendue en 2015. Toutefois, si l'appui du Fonds mondial continue, il n'est pas impossible que cet indicateur soit effectivement réalisé en 2015.

En 2011, la prévalence de la tuberculose était de 242 cas pour 100 000 habitants, en baisse régulière depuis 2007. Cette situation pourrait s'expliquer par l'effet conjugué de la réduction de l'incidence

Graphique 6A.10 : Mortalité due à la tuberculose (x100 000)



et de traitement des cas dont le taux de succès est remarquable. Toutefois, un ralentissement est observé entre 2009 et 2010, reflet des troubles socio-économiques de 2009, qui ont négativement affecté la performance du programme en interrompant sa chaîne d'approvisionnement, ses activités de terrain, et provoquant la perte d'importantes données statistiques.

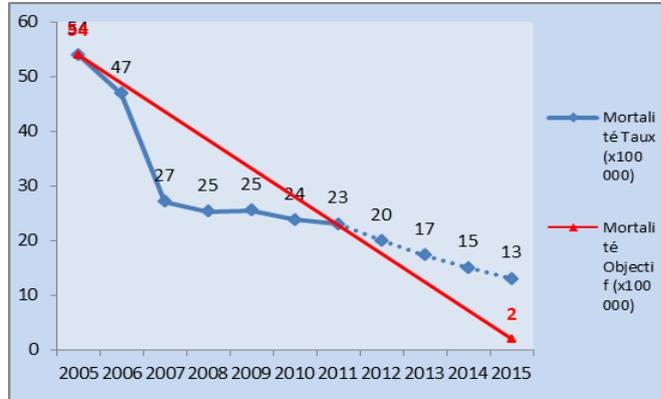
La mortalité due à la tuberculose est en baisse constante, passant de 54 pour 100 000 habitants en 2005 à 23 pour 100 000 en 2011, soit une baisse annuelle moyenne de 5,2%. Les premières années de l'intervention du financement du fonds mondial ont été marquées par une forte baisse, suivie d'un ralentissement prononcé, surtout entre 2008 et 2009. Depuis, la baisse continue, mais à un rythme moins soutenu, expression des difficultés que le pays continue encore à traverser.

A ce rythme, en 2015, la valeur que pourrait atteindre l'indicateur serait de 6,5 points de pourcentage plus élevée que celle attendue.

Indicateur 6.10

Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation

Graphique 6A.11: Mortalité due à la tuberculose (x100 000)



La totalité des malades tuberculeux détectés sont soumis au traitement direct à court terme et sous observation. A cause de cela, le programme de lutte contre la tuberculose estime que son efficacité se mesure par le taux de succès de cette stratégie de traitement. Aussi, cet indicateur est-il utilisé ici.

Avant la dernière évaluation, la proportion de cas de tuberculose détectés et soignés avec succès dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation était en augmentation lente, mais continue. Malgré les difficultés que

le pays a vécues depuis, ce progrès ne s'est pas altéré de manière significative, notwithstanding le ralentissement entre 2007 et 2009. La valeur attendue de cet indicateur est déjà obtenue et légèrement dépassée depuis 2010.

Aperçu synoptique de principaux goulots d'étranglement

Indicateur de suivi	Politique et planification (y compris S&E)	Budget et financement	Fourniture de service	Utilisation des services
Cible 6A : d'ici 2015, avoir enrayé la propagation du VIH et commencé à inverser la tendance actuelle				
Indicateur 6.1: Prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans		Insuffisance des fonds étatiques alloués à l'achat d'antirétroviraux		Comportements peu favorables à la santé (relations sexuelles à haut risque non protégées et multiplicité des partenaires sexuels) sont encore très fréquents
Indicateur 6.2: Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque	Le phénomène n'est documenté que lors des EDS, espacées d'au moins 5 ans	Financement insuffisant pour couvrir les activités de S&E	Rupture fréquente de préservatif dans certaines régions du pays	
Indicateur 6.3: Proportion de la population de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH			Les centres d'écoute, conseil et orientation pour jeunes sont en nombre insuffisant pour couvrir la majorité des jeunes en IEC sur le VIH	
Indicateur 6.4: Taux de scolarisation des enfants rendus orphelins par le sida par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans	Absence de coordination entre les Ministères chargés des affaires sociales et de l'enseignement pré-universitaire		Absence de données sur le nombre d'enfants rendus orphelins par le sida, par insuffisance du système d'information	
Cible 6B : d'ici 2015, assurer à tous ceux qui en ont besoin, l'accès aux traitements contre le VIH/sida				
Indicateur 6.5: Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux		Budget de l'Etat alloué à l'achat de médicaments antirétroviraux insuffisant et faiblement décaissé		

Indicateur de suivi	Politique et planification (y compris S&E)	Budget et financement	Fourniture de service	Utilisation des services
Cible 6C : d'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes endémies et commencé à inverser la tendance actuelle				
Indicateur 6.6: Taux d'incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie			Disponibilité insuffisante de MII, notamment en zone rurale, accessibilité relativement faible des services	Utilisation de MII par les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans encore faible, malgré l'augmentation constatée ces dernières années
Indicateur 6.7: Proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide				
Indicateur 6.8: Proportion d'enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludiques appropriés			Faible disponibilité des services à domicile (disponibilité de médicaments et d'agents communautaires de santé)	
Indicateur 6.9: Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie	le S&E n'a pas prévu l'organisation d'enquêtes périodiques sur l'incidence, la prévalence de la tuberculose			

CONCLUSION SUR L'OMD 6

Des progrès remarquables ont été réalisés depuis la dernière évaluation en termes de combat contre VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. Ainsi, selon les résultats obtenus depuis la dernière évaluation, il est probable que l'extension de la prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans soit stoppée sous réserve que la tendance à la baisse de l'utilisation du préservatif lors des relations sexuelles à risque soit renversée rapidement, particulièrement chez les hommes. L'amélioration de la connaissance exacte et complète du VIH et l'augmentation du nombre de cas de sida au stade avancé traités par les ARV devraient y contribuer. Ainsi, comme le relèvent les dernières estimations de l'ONUSIDA, l'espoir est permis grâce aux progrès constatés suivant la baisse globale de nouvelles infections et du nombre de décès de 2005 à 2012, respectivement de 11 000 à 10 000 et de 5 400 à 5 100 (ONUSIDA/Spectrum, 2013). Pourtant, la féminisation du VIH/SIDA reste un facteur de préoccupation et des efforts soutenus sont nécessaires pour que les femmes aient un accès égal aux services de prévention, de soins, de traitement et de soutien.

De même, l'augmentation marquée de la proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire imprégnées d'insecticide (MII) et la tendance à la stabilisation du taux d'incidence du paludisme sont des motifs d'espoir.

Quant à la tuberculose, la prévalence et la mortalité spécifique sont en baisse constante, sous l'effet de la prévention et du traitement efficace des cas selon la stratégie DOTS.

Cependant, le taux de scolarisation des enfants rendus orphelins par le sida par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans ne peut pas être renseigné, faute de données sur le nombre d'orphelins du fait du VIH scolarisés, expression du défaut de système d'information efficace. De même, l'évolution de la proportion d'enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludiques appropriés n'est pas satisfaisante ; elle a tendance à stagner.

Au total, la tendance globale des indicateurs de cet objectif est prometteuse. Si les résultats sont maintenus et les insuffisances corrigées, en 2015 l'objectif ne sera, certes, pas atteint, mais le pays s'y approcherait.

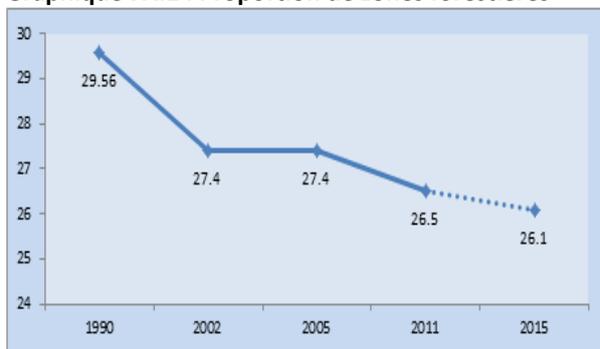


3.7 OBJECTIF 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE

Cible7A : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales

Indicateur 7.1	Proportion de zones forestières
-----------------------	--

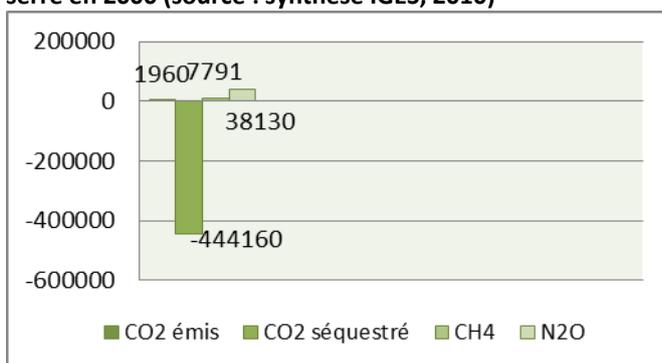
Graphique 7A.1 : Proportion de zones forestières



La proportion de zones forestières a enregistré une baisse depuis 1990 (29,6% en 1990 contre 26,5% en 2011), avec une stagnation entre 2002 et 2005, année de référence de la dernière évaluation. A ce rythme, en 2015, les forêts ne représenteront plus que 26,1% de la superficie du territoire.

Indicateur 7.2	Emission de CO2 (total, par habitant et pour un dollar du PIB, en parité du pouvoir d'achat)
-----------------------	---

Graphique 7A.2 : Émissions /séquestration de gaz à effet de serre en 2000 (source : synthèse IGES, 2010)



L'inventaire de gaz à effet de serre effectué sur la base des données de l'année 2000 montre que le secteur agriculture est à l'origine des 48% des émissions de GES en Guinée, le changement d'utilisation des terres et la foresterie de 39% et l'énergie de 13%.

Comparativement à la Communication Nationale Initiale (1994) on constate une importante augmentation des émissions : le gaz carbonique de 1.5 fois, le

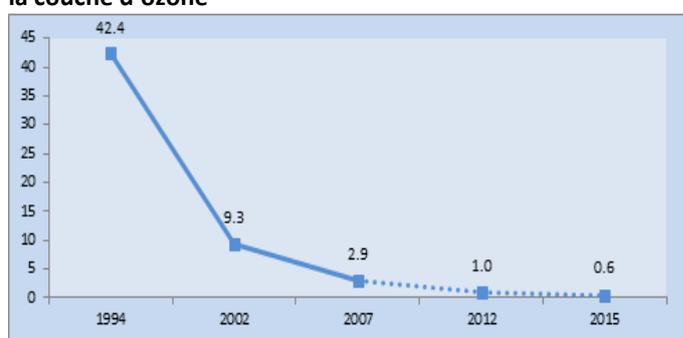
méthane de 3 fois et l'oxyde nitreux de 300 fois. Cependant ces émissions sont minimes par rapport à la séquestration par les formations forestières. Ce qui interpelle à une meilleure conservation des formations végétales surtout que les émissions vont doubler vers 2015 suite à l'intensification de l'agriculture et la production d'énergie à partir des produits pétroliers.

Les émissions par dollar du PIB sont respectivement de: 5,2 en 1994, 5,8 en 2010 et 3,4 en 2015 (sur la base de la projection du PIB et des émissions).

Indicateur 7.3	Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone
-----------------------	---

Concernant la consommation des substances appauvrissant la couche d'ozone (SAO), les progrès enregistrés dans le sens de sa réduction sont notoires. D'une estimation de 42,4 tonnes en 1994, elle a chuté à 2,9 tonnes en 2007, soit une baisse de 39,5 tonnes¹⁷. A cette allure, elle pourrait se situer autour de 0,6 tonne à l'horizon de 2015. Cela constitue une force pour le pays en matière de respect des dispositions réglementaires et applications des conventions en la matière.

Graphique 7A.3: Consommation de substance appauvrissant la couche d'ozone



enregistrés dans le sens de sa réduction sont notoires. D'une estimation de 42,4 tonnes en 1994, elle a chuté à 2,9 tonnes en 2007, soit une baisse de 39,5 tonnes¹⁷. A cette allure, elle pourrait se situer autour de 0,6 tonne à l'horizon de 2015. Cela constitue une force pour le pays en matière de respect des dispositions réglementaires et applications des conventions en la matière.

Indicateur 7.4	Proportion de stock de poissons vivant dans des milieux biologiques sains
-----------------------	--

En l'absence de données précises, il est difficile de renseigner cet indicateur. Cependant, selon les estimations faites dans les années 90, le stock de poissons vivants dans les milieux biologiques serait d'environ 250.000 tonnes par an dont 100.000 tonnes d'espèces pélagiques. Ce niveau a baissé pour se situer actuellement à environ 80 000 tonnes¹⁸.

Parmi les principales causes directes provoquant la baisse d'abondance des stocks, citées dans les documents des services techniques exploités, figurent :

- La Pêche dans la zone de nourriceries
- L'incursion des bateaux de pêche industrielle dans la zone côtière allouée à la pêche artisanale
- Les captures excessives des individus immatures
- L'accroissement de l'effort de pêche (pêche artisanale et pêche industrielle)
- La pratique de pêche prohibée
- La destruction de l'environnement marin, etc.

Bien que la pollution marine ne soit pas mentionnée dans cette liste, elle pourrait jouer un rôle non négligeable dans la réduction des milieux biologiques sains et, par conséquent, contribuer à ce recul.

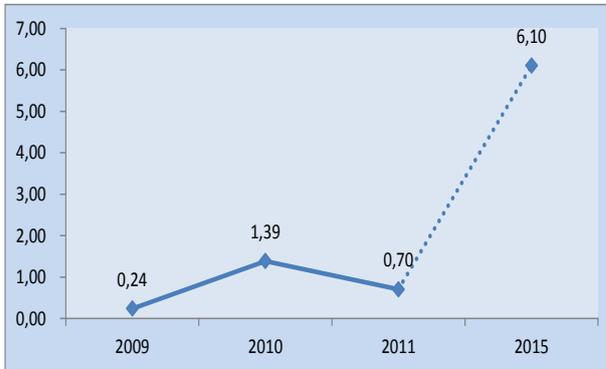
¹⁷ GUINEE - Rapport national sur les OMD 2009

¹⁸ Ministère de l'Environnement des eaux et Forêts ; Centre d'Observation, de surveillance et D'information Environnementales COSIE -Rapport sur l'Etat de l'Environnement en Guinée -2012

Indicateur 7.5

Proportion de ressources d'eau totales utilisées

Graphique 7A.4: Proportion (%) de ressources d'eau totales utilisées



Les données nécessaires au calcul de la proportion de ressources d'eau totales utilisées sont recueillies auprès des services statistiques des deux entreprises publiques en charge de la production, du traitement et de la distribution de l'eau: la Société des Eaux de Guinée (SEG) et le Service National d'Aménagement des Points d'Eau (SNAPE). Cet indicateur n'a pu être déterminé que pour les années 2009 à 2011, du fait de la non-disponibilité des données. Selon les données collectées, cette proportion était de 0,24% en 2009, puis elle a rapidement

augmenté à 1,4% grâce à la mise en exploitation d'un nombre important de nouveaux forages en zone rurale avec l'appui des partenaires au développement. L'année suivante se serait caractérisée par la panne d'un nombre très élevé de forages, ce qui se serait traduit par une réduction de l'utilisation de l'eau et la chute de la valeur de l'indicateur à 0,7% en 2011. Cependant, depuis 2012, suite au démarrage d'un programme spécial de dépannage par le SNAPE la situation s'est bien améliorée et, probablement, continuera à s'améliorer pour atteindre au moins 6% en 2015.

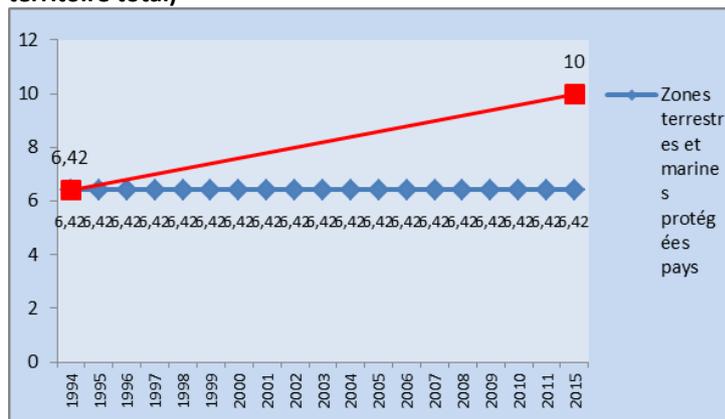
Cible 7B: Réduire la perte de la biodiversité et atteindre d'ici à 2010 une diminution significative du taux de perte

Indicateur 7.6

Proportion de zones terrestres et marines protégées

Les informations obtenues sur les zones protégées concernent la période de 1994 à 2009. Ces zones couvrent les écosystèmes côtiers, marins et insulaires, les écosystèmes d'eau douce continentale et les écosystèmes terrestres incluant les montagnes¹⁹. La proportion est de 6,4% du territoire national et n'a pas varié durant toute cette période.

Graphique 7A.5: Zones terrestres et marines protégées (% du territoire total)



A ce rythme, la proportion de zones protégées ne se sera pas modifiée en 2015. De ce point de vue, la Guinée sera loin de la cible (10%). Cette situation du pays est confirmée par le rapport OMD-2012 pour l'Afrique où la Guinée est citée parmi les pays qui n'ont pas enregistré de progrès depuis 1990²⁰.

¹⁹ Ministère de l'Environnement des eaux et Forêts, *Stratégie nationale de gestion des aires protégées 2010*

²⁰ Systèmes des nations Unies –Rapport OMD, 2012, Evaluations des progrès accomplis en Afrique

Indicateur 7.7**Proportion d'espèces menacées d'extinction**

D'après les services techniques du Ministère en charge de l'environnement, les principales espèces animales menacées d'extinction sont les mammifères, les poissons et les oiseaux. Les données collectées^{21,22} concernent l'année 2012. Elles montrent que 17,5% des espèces de mammifères, 0,1% de celles de poissons et 2,8% des espèces d'oiseaux sont menacées de disparition. Parmi les plantes, cet indicateur est de 1,4%.

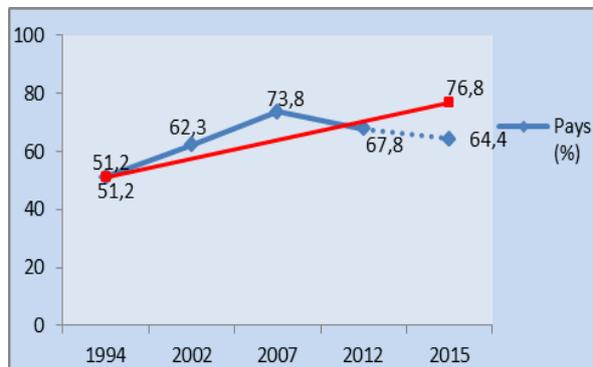
Les principales menaces qui pèsent sur les éléments constitutifs de la diversité biologique sont les suivantes : i) les systèmes agricoles inappropriés (cultures itinérantes, cultures sur des terres marginales, défrichement des têtes de source et berges, etc.), ii), iii) la carbonisation, iv) les fours à briques, v) l'exploitation forestière, vi) la coupe de bois de mangrove, vii) le fumage du poisson, viii) l'extraction du sel de mangrove, ix) l'extraction des produits secondaires de la forêt, x) l'élevage, xi) la chasse, xii) l'exploitation minière artisanale et industrielle, xiii) les infrastructures et xiv) l'urbanisation²³.

Cible7C : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base

Indicateur 7.8**Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée**

Selon les données disponibles²⁴, la proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée était estimée à 51,2% en 1994. Globalement, cette proportion s'est sensiblement améliorée pour atteindre 73,8% en 2007 et a commencé à baisser pour se situer à 67,8% en 2012. Si la tendance actuelle se poursuit, la proportion de guinéens utilisant une source d'eau potable améliorée serait, en 2015, de 64,4%, soit de 12,4 points de pourcentage inférieure à la valeur visée (76,8%).

Graphique 7A.6: Proportion de population utilisant une source d'eau potable améliorée



améliorée était estimée à 51,2% en 1994. Globalement, cette proportion s'est sensiblement améliorée pour atteindre 73,8% en 2007 et a commencé à baisser pour se situer à 67,8% en 2012. Si la tendance actuelle se poursuit, la proportion de guinéens utilisant une source d'eau potable améliorée serait, en 2015, de 64,4%, soit de 12,4 points de pourcentage inférieure à la valeur visée (76,8%).

A l'échelle nationale, des disparités plus ou moins importantes existent, selon le milieu de résidence et selon la région administrative.

Selon le milieu de résidence, la proportion de la population urbaine ayant accès à l'eau potable atteint 93,1% en 2012 contre 56,4% en milieu rural. La chute constatée entre 2007 et 2012 serait due aux pannes d'un nombre important de forages, les rendant non opérationnels.

Les données par région administrative ne sont disponibles qu'à partir de 2002. Leur analyse montre des variations plus ou moins significatives d'une région à l'autre. En 2012, 97,9% de la population de Conakry utilisaient une source d'eau potable améliorée. Le plus faible pourcentage est observé dans

²¹ Ministère de l'Environnement des eaux et Forêts ; 4ème Rapport sur la Mise en National Œuvre de la Convention sur la Diversité Biologique en Guinée-2009

²² Banque Mondiale, site web-Base de données Indicateurs de développement-Environnement

²³ Ministère de l'Environnement des eaux et Forêts ; 4ème Rapport sur la Mise en National Œuvre de la Convention sur la Diversité Biologique en Guinée-2009

²⁴ Les données sont tirées des enquêtes auprès des ménages réalisées par l'INS : EIBC-94, QUIBB-2002, ELEP-2007 et ELEP-2012

la région de Mamou (41,8%), suivie de Boké (48,8%).

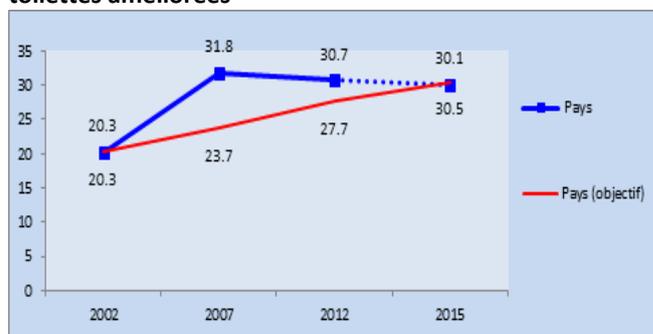
Globalement, seules les régions de Conakry, Kankan et Nzérékoré dépassent la proportion moyenne nationale (67,8%).

Il faut noter cependant, que ces proportions méritent d'être relativisées car, en termes de régularité et de qualité de la fourniture effective, la situation s'est considérablement dégradée ces dernières années, notamment à Conakry.

Indicateur 7.9	Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées
-----------------------	--

En matière d'utilisation d'un système d'assainissement amélioré, notamment les toilettes améliorées et l'évacuation/gestion des ordures ménagères, la situation nationale s'est légèrement dégradée depuis 2007, année de référence de la dernière évaluation en passant de 31,8% à 30,7% (Graphique 7A.7). Selon cette tendance, la situation ne se serait pas améliorée en 2015 mais le résultat (30,1%)

Graphique 7A.7: Proportion de population utilisant de toilettes améliorées



serait sensiblement égal à celui qui est visé (30,5%).

Des disparités prononcées sont observées entre les milieux de résidence, la zone urbaine étant très nettement favorisée. En effet, cette proportion y est 4,5 fois plus élevée qu'en milieu rural.

Par ailleurs, la proportion d'individus vivant dans des ménages où l'on se débarrasse des ordures de manière hygiénique, après avoir connu une

baisse remarquable de 2002 à 2007, a marqué un ralentissement perceptible de cette baisse sans la renverser. A ce rythme, en 2015, la valeur visée de cet indicateur (29.1%) sera 3 fois plus élevée que celle qui pourrait être réalisée (9,7%).

En milieu urbain, la proportion a très légèrement baissé entre 2007 et 2012. Cette baisse est plus marquée en zone rurale. Elle creuse l'écart déjà important entre les deux milieux. Ainsi, en 2015 tandis que la zone urbaine aurait atteint et dépassé la valeur planifiée de l'indicateur, la performance des zones rurales en sera 18,2 fois plus inférieure.

Cible 7D : Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants des taudis

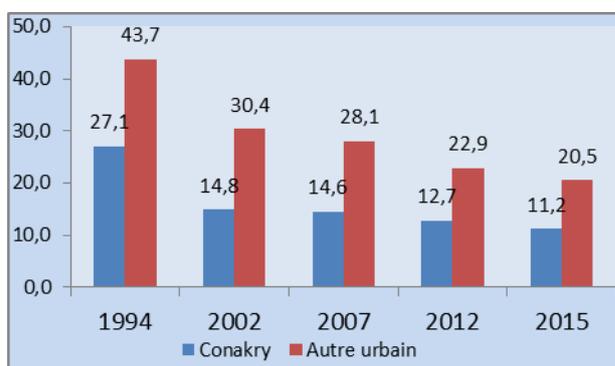
Indicateur 7.10	Proportion de citadins vivant dans des taudis
------------------------	--

Selon les données disponibles (EIBC-1994, EIBEP-2002 et ELEP-2012), la proportion de citadins guinéens vivant dans des taudis²⁵ est estimée à 17,3% en 2012. Cette proportion, probablement sous-évaluée, est l'expression de la pauvreté généralisée de la population. Toutefois, elle représente une amélioration de 3,2 points de pourcentage par rapport au niveau de 2007. Au rythme d'amélioration

²⁵ A été considéré comme citadin vivant dans un taudis toute personne satisfaisant au moins à un des critères suivants : i) Accès insuffisant à une source d'eau améliorée, ii) Accès insuffisant à un équipement d'assainissement amélioré, iii) Surpeuplement (3 personnes ou plus vivant dans une pièce), iv) Maison faite de matériaux non durables.

observé depuis 1994, cette proportion, à 15,4% en 2015, serait encore élevée.

Graphique 7A.8: Proportion de citoyens vivant dans des taudis (Conakry et autres urbains)



Cette proportion est 1,8 fois plus élevée dans les autres villes du pays en comparaison à la Capitale, Conakry, bien que la tendance soit à la baisse dans ces villes aussi.

Bien que des améliorations aient été réalisées dans toutes les régions depuis la dernière évaluation, il persiste des disparités d'importance variable entre elles. Nzérékoré, Kankan et Faranah, dans l'ordre, sont les plus touchées tandis que le phénomène est moins marqué à Conakry, Mamou et Labé.

Aperçu synoptique de principaux goulets d'étranglement

Indicateur de suivi des progrès	Politique et planification (y compris S&E)	Budget et financement	Fourniture de service	Utilisation des services
Cible7A : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales				
Indicateur 7.2: Emission de CO2 (total, par habitant et pour un dollar du PIB, en parité du pouvoir d'achat)	Le pays ne dispose pas de politique partagée en la matière		Faute d'orientation stratégiques claires, les services y afférents ne sont pas fournis	
Indicateur 7.3 : Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone				
Indicateur 7.4 : Proportion de stock de poissons vivant dans des milieux biologiques sains	Cet indicateur n'a pas pu être renseigné, faute de données, due à l'absence d'un système d'information (y compris le suivi et évaluation) approprié	La surveillance de ce stock et le renseignement sur sa situation exige d'importants fonds qui ne sont pas disponibles	Le Ministère de l'Environnement et celui de la pêche qui devraient produire les informations sur cet indicateur ne dispose ni du personnel compétent en la matière ni de l'équipement approprié	
Cible 7B : Réduire la perte de la biodiversité et atteindre d'ici 2010, une diminution du taux de perte				
Indicateur 7.6 : Proportion de zones terrestres et marines protégées	Le système d'information ne renseigne pas sur la situation des zones maritimes notamment	La problématique des zones terrestres et marines protégées et des espèces menacées n'est intégrée dans le budget de l'Etat, ce qui expliquerait en partie la faiblesse du système d'information et la faiblesse des services de surveillance	Les services de surveillance sont peu fonctionnels, faute d'équipement, elle-même due au faible financement	
Indicateur 7.7 : Proportion d'espèces menacées d'extinction	Le pays ne dispose pas de politique cohérente de protection des espèces menacées			

Indicateur de suivi des progrès	Politique et planification (y compris S&E)	Budget et financement	Fourniture de service	Utilisation des services
Cible 7 C : Réduire de moitié d'ici 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base				
Indicateur 7.8 : Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée	Le pays ne dispose pas d'une politique de l'eau		Malgré les efforts déployés, le nombre des points d'eau potable est encore nettement insuffisant	Accès à l'eau potable est encore difficile, surtout en zone rurale
Indicateur 7.9 : Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées	La politique d'assainissement semble ne concerner que la Ville de Conakry et n'est pas mise en œuvre efficacement	Le financement est essentiellement basé sur la contribution sporadique des partenaires	Le service responsable de l'assainissement est mal organisé	La population n'a pas presque pas accès aux services d'assainissement
Cible 7 D : Améliorer d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis				
Indicateur 7.10 : Proportion de citadins vivant dans des taudis	La politique de l'habitat et d'urbanisation du pays n'est pas mise en œuvre, ce qui explique une urbanisation désordonnée et la présence d'un grand nombre de taudis	L'absence de possibilité de recours au prêt bancaire, du fait que les conditions sont insupportables pour le citoyen moyen, contribue fortement à la fréquence des taudis en zone urbaine	Les parcelles viabilisées et en vente par SOLOPRIMO, société chargée de viabiliser et vendre des parcelles, sont rares	Les conditions de cession (prix, autres conditions) des parcelles assainies sont inaccessibles auès trop difficiles pour le guinéen moyen

CONCLUSION SUR L'OMD 7

Pour renseigner certains indicateurs de cet objectif, il a fallu recourir au site de la Banque mondiale, faute de données auprès du Ministère chargé de l'environnement, du fait du manque d'équipements spécifiques et d'un système d'information efficace. C'est le cas, par exemple, de la mesure d'émission de CO₂, la consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone.

Bien qu'il soit difficile de juger les résultats concernant cet objectif en l'absence de valeurs cible, les valeurs de la plupart des indicateurs montrent de progrès appréciables. Ainsi, l'émission de CO₂, diminue continuellement, ainsi que la consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone. Cependant, la proportion de zones forestières se réduit lentement mais régulièrement. Par ailleurs, la proportion de stock de poissons vivant dans des milieux biologiques sains ne peut être renseignée, le ministère de l'environnement ne disposant ni de la compétence humaine, ni des équipements nécessaires pour l'évaluer. Les données existantes ne permettent de faire une étude de tendance de la proportion d'espèces menacées d'extinction ; mais la situation des mammifères commence à être préoccupante, 17% de leurs espèces étant menacés.

La proportion de population utilisant des toilettes améliorées selon le milieu mérite d'être améliorée partout, mais surtout en zone rurale.

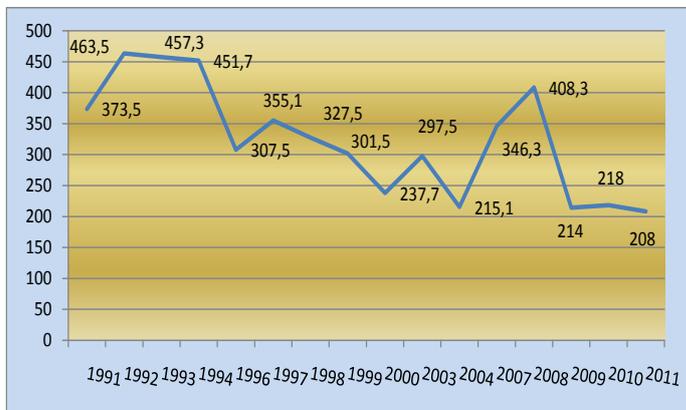


3.8 OBJECTIF 8: METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DEVELOPPEMENT

Cible 8A : Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés.

Indicateur 8.1	Volume total de l'APD versée à la Guinée (millions US\$)²⁶
-----------------------	--

Graphique 8.1: Aide publique au développement reçue par la Guinée (millions UDS)



L'aide publique au développement (APD) reçue par la Guinée est estimée à 208 millions USD en 2011²⁷, soit 4,35 % de son revenu national brut. Elle a enregistré une forte baisse à partir de 2008 (214 millions USD en 2009 contre 408,3 millions USD en 2008), suite à la suspension de plusieurs coopérations consécutives à la prise du pouvoir par l'armée en décembre 2008. Les informations disponibles en 2012 sont très fragmentaires et ne concernent que l'aide bilatérale et les dons²⁸, elles reflètent

une APD se chiffrant à 263,9 millions USD. Pour 2013, ce montant pourrait s'accroître avec l'atteinte le 26 septembre 2012 du point d'achèvement de l'IPTE.

Cible 8B : Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre l'endettement viable à long terme.

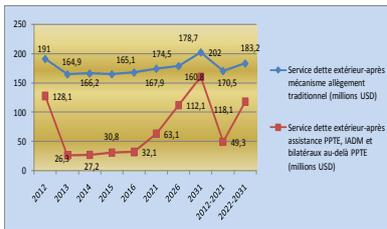
Indicateur 8.2	Allègement de la dette annoncé au titre l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (IPTE)
-----------------------	---

²⁶ Source : OCDE

²⁷ Les données de 2009, 2010 et 2011 sur l'aide publique au développement sont tirées de la banque de l'OCDE et celles d'avant du rapport national sur la coordination de l'aide 2008-2009 (Ministère de l'Economie et des Finances)

²⁸ Ministère de la coopération : rapport 2012

Graphique 8.2: Service de la dette extérieure (millions UDS)



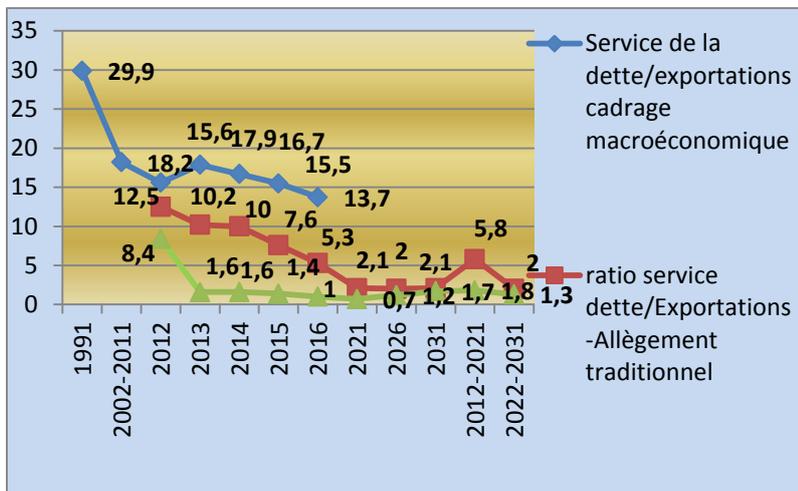
La Guinée est le 34ème pays à avoir atteint en septembre 2012, le point d'achèvement de l'IPPTE sur un total de 35 pays. En décembre 2011, sa dette publique extérieure nominale s'élevait à 3,194 milliards USD, soit 62 % du PIB de 2011. L'allègement global de la dette, suite à l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTe équivaut à 2,1 milliards USD (66% du service de la dette sur 40 ans) dont 61,6 % proviendraient des créanciers multilatéraux. Cela représente l'allègement au titre de l'IADM²⁹ per-

se mettra à la Guinée d'économiser 964 millions au titre du service de la dette sur 40 ans). L'allègement traditionnel (PPTe, IADM et dette bilatérale) permettra également d'économiser en moyenne par an, 121,2 millions de USD sur la période 2012-2021 et 65,1 millions USD sur la période 2022-2031. Ce qui pourrait constituer un atout considérable pour augmenter l'allocation des ressources au profit des secteurs sociaux.

Indicateur 8.3 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services

Le service de la dette représentait 29,9% des exportations de biens et services en 1991. Après la prise en compte de l'allègement de la dette au titre de l'initiative PPTe,

Graphique 8.3: Service de la dette extérieure (% des exportations de biens et services)



elle ne représenterait que 5,8 % des exportations de biens et services sur la période 2012-2021 et 1,8 % sur celle 2022-2031. Si d'autres allègements s'ajoutent à celle portant sur le PPTe, notamment ceux des partenaires bilatéraux, ces ratios seront réduits en moyenne sur ces deux périodes, respectivement à 1,7 % et 2 %.

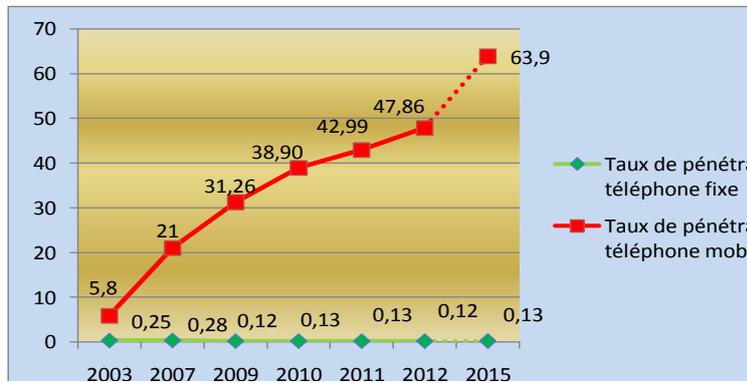
Cible 8F : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous.

29

IADM : initiative de l'allègement de la dette multilatérale soutenue par l'IDA, le FAD et le FMI

Indicateur 8.4	Nombre de lignes téléphoniques fixes, pour 100 habitants
-----------------------	--

Graphique 8.4: Nombre de lignes téléphoniques fixes et mobiles pour 100 habitants



Le taux de pénétration de lignes téléphoniques est très faible en Guinée. Il est estimé à 0,12 % en 2011 et 2012 contre 0,28 % en 2007 et 0,25 % en 2003. Le nombre d'abonnés a enregistré un recul, passant de 21 231 clients en 2003, à 12 321 clients en 2009 et 14 520 abonnés en 2011 et 2012 ; ce malgré la connexion du pays au câble sous-marin, haut débit. Cette situation est imputable en grande partie à la crise de la Sotelgui.

Indicateur 8.5	Abonnés à un service de téléphonie mobile, pour 100 habitants
-----------------------	---

Le taux de pénétration du téléphone mobile a connu une croissance exponentielle, passant de 5,8 abonnés pour 100 habitants en 2003 à 47,86 clients pour 100 habitants en 2012. Le marché de téléphonie mobile a connu une progression fulgurante à partir de 2007 à travers les services rendus par cinq opérateurs public et privé³⁰. Le nombre d'abonnés au mobile est passé de 492 563 abonnés à 2 025 345 abonnés en 2007, à 4 860 670 clients en 2011 et 5 584 700 abonnés en 2012 ans ; ce malgré la fermeture de la Sotelgui qui était le principal fournisseur public de services de téléphonie mobile.

Indicateur 8.6	Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants
-----------------------	--

L'état du parc de l'internet (bas et haut débit) limite actuellement les perspectives en matière d'appropriation de nouvelles technologies (éducation à distance, médecine etc...). En effet, la pénétration du marché demeure faible. Le nombre de clients est passé de 65 200 abonnés en 2011 à 43 560 abonnés en 2012, soit des taux de pénétration de moins d'un abonné sur 100 habitants (0,65 en 2011 et 0,42 en 2012). Malgré cette baisse, due à l'abandon du bas débit au profit du haut débit, la disponibilité du câble sous-marin haut débit ouvre de perspectives prometteuses pour ce marché.

³⁰ Les opérateurs de téléphonie mobiles privés sont : Areeba, Cellcom, Orange et Interceel. L'opérateur public est la Sotelgui, fermée depuis 2011.

Aperçu synoptique de principaux goulots d'étranglement

Indicateurs de suivi des progrès	Politiques et planification (y.c. S&E)	Budget et financement	Fournitures de services	Utilisation de services
Cible 8B : Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés.				
Indicateur 8.2 : Volume total de l'APD versée à la Guinée (millions US\$)		Baisse de l'aide publique au développement, due au contexte de crise économique et financière internationale	Plusieurs acteurs étatiques s'occupent de l'aide avec des problèmes de coordination ; absence de bases de données sur l'aide	Dispersion des données sur l'aide
Cible 8D : Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre l'endettement viable à long terme.				
Indicateur 8.11 : Allègement de la dette annoncé au titre de l'IPPTE				
Indicateur 8.12 : Service de la dette, en % des exportations de biens et services national				
Cible 8F : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous.				
Indicateur 8.14 : Nombre de lignes téléphoniques fixes, pour 100 habitants			Faible capacité du réseau ; Faible expansion de la fibre optique ; Faible fourniture du courant électrique ; Fermeture de la SOTELGUI ; faible couverture	
Indicateur 8.15 : abonnés à un service de téléphonie mobile, pour 100 hbt			Faible fourniture du courant électrique ; Existence de zones non couvertes par un réseau mobile	
Indicateur 8.16 : Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants			Faible fourniture du courant électrique ; faible couverture du réseau internet	Faibles application des TIC au niveau des secteurs (éducation et santé) ; coût élevé des services internet : propagation de la cyber délinquance

CONCLUSION SUR L'OMD 8 :

L'aide publique au développement reçue au cours des dix dernières années est fortement tributaire du contexte sociopolitique qui a prévalu au cours des dix dernières années. Elle est de loin insuffisante pour répondre à ses besoins de développement et permettre la réalisation des OMD à l'horizon de 2015. Cependant, l'atteinte du point d'achèvement de l'IPPTE augure de perspectives nouvelles pour un partenariat renforcé avec la communauté des bailleurs de fonds. En matière d'accès des populations aux nouvelles technologies, en particulier les TIC, les progrès enregistrés sont encourageants et constituent un bon exemple de partenariat avec le secteur privé. Cependant, ces avancées sont insuffisantes pour permettre à tous les individus d'accéder aux avantages fournis par les TIC, comme l'exige la cible y afférente. De même, les progrès enregistrés ne doivent pas occulter les problèmes d'accessibilité financière des populations, le renforcement des capacités de la structure en charge de la régulation, l'amélioration de la qualité des services et le développement des infrastructures, notamment l'expansion du câble sous-marin, haut-débit et la nécessité d'un partenariat renforcé avec le secteur privé.

4. NIVEAU DE REALISATION DES OMD EN GUINEE ET PROIRITES DE DEVELOPEMENT APRES 2015

4.1. ANALYSE DES PROGRES VERS L'ATTEINTE DES OMD

L'analyse des différentes cibles des OMD fait ressortir qu'à moins de deux ans de la date butoir de 2015, aucun des OMD n'est atteint et il est peu probable qu'ils le soient en 2015 (voir tableau ci-dessous). L'évolution des différents indicateurs, toutes cibles confondues, montre des évolutions différenciées sur la période 1994-2012. La quasi-totalité des indicateurs a évolué de façon satisfaisante dans la même direction durant la période 1994-2002. Par contre entre 2002 et 2012, ces indicateurs se sont écartés de la trajectoire des OMD.

En particulier, le rythme de baisse de la pauvreté enregistrée sur la période 1994-2002 (13 points de pourcentage) n'a pu être maintenu. Au contraire, la pauvreté s'est aggravée entre 2002 et 2012 de 6 points de pourcentage, enrayant ainsi toute chance de réduire la pauvreté de moitié à l'horizon de 2015. Par rapport aux autres cibles des OMD 2, 3, 4, 5 et 6, bien que la variation de ces indicateurs soit dans la bonne direction, leur rythme de progrès demeure insuffisant pour atteindre les cibles fixées à l'horizon de 2015.

Quelques leçons de la mise en œuvre des OMD en Guinée

Dans le cadre de la préparation du présent rapport, une consultation restreinte a été organisée auprès de quelques acteurs institutionnels (administrations publiques, institutions de la République, universités, société civile, PTF, etc.) afin de dégager les leçons de la mise en œuvre des OMD recueillir leurs avis sur ce qui pourrait constituer l'agenda de développement national au-delà de 2015.

Suivant les conclusions de cette consultation, le cadre des OMD a été largement intégré dans la planification du développement au niveau national, notamment à travers l'élaboration du DRSP et l'alignement de certaines politiques sectorielles. Dans cette optique, les besoins pour l'atteinte des OMD ont été évalués et chiffrés à 1,2 milliards de dollars US par an sur une période de 10 ans (2006-2012). De même, grâce au large consensus bâti au niveau mondial autour de ces priorités, le cadre des OMD a contribué dans une certaine mesure à la mobilisation des financements en faveur de la Guinée.

Au plan opérationnel, largement axés sur les préoccupations des populations, les OMD ont inspiré et orienté de nombreuses initiatives de développement et de lutte contre la pauvreté, y compris au niveau déconcentré ou décentralisé, traduisant ainsi leur large appropriation par les différents acteurs. C'est le cas des programmes conjoints du Système des Nations Unies en Guinée Forestière (2007-2013) et en Haute Guinée (2013-2017), focalisés principalement sur : (i) le développement des activités génératrices de revenus et l'appui à la sécurité alimentaire, notamment pour les couches les plus vulnérables, (ii) la promotion de l'emploi et de l'entrepreneuriat en faveur des jeunes et des femmes, (iii) le développement et l'accès à des services sociaux de base de qualité (éducation, santé, eau potable, assainissement), (iv) la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes, (v) la gestion durable de l'environnement et la résilience face aux changements climatiques ; et (vi) le renforcement des capacités des populations bénéficiaires et des collectivités. D'autres mesures prises par le Gouvernement, telles que les subventions aux différentes campagnes agricoles et la gratuité des soins de santé maternelle vont dans ce sens.

Cependant, si l'impact de ces mesures et initiatives a été important pour certaines couches sociales et collectivités locales, au plan global, le bilan a été mitigé. D'une façon générale, les priorités autour des OMD sont demeurées peu lisibles dans l'allocation et l'utilisation des ressources disponibles, notamment en raison de la faible articulation entre les politiques/stratégies et la chaîne de programmation des dépenses publiques. Finalement, le contexte de mise en œuvre des OMD, y compris en termes de stabilité politique et institutionnelle, de qualité de gouvernance et de mobilisation effective de l'ensemble des acteurs impliqués dont les partenaires au développement, s'avère déterminant pour réussir le pari de développement et de lutte contre la pauvreté.

Tendance vers l'atteinte des OMD en 2015

	Rapport 2002	Rapport 2005	Rapport 2009	Rapport 2012	Environnement de suivi-évaluation
Objectif 1: Éliminer l'extrême pauvreté et la faim	En bonne voie	En régression	En régression	En régression	
Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous	En bonne voie	En bonne voie	En bonne voie mais à un rythme faible	En bonne voie mais à un rythme faible	
Objectif 3: Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	En bonne voie	En bonne voie	En bonne voie mais à un rythme faible	En bonne voie mais à un rythme faible	
Objectif 4: Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	En bonne voie	En bonne voie	En bonne voie mais à un rythme faible	En bonne voie mais à un rythme faible	
Objectif 5: Améliorer la santé maternelle	En bonne voie	En bonne voie	En retard	En bonne voie mais à un rythme faible	
Objectif 6: Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	En bonne voie	En bonne voie	En bonne voie	En bonne voie	
Objectif 7: Assurer un environnement durable	En bonne voie	En bonne voie	En bonne voie mais à un rythme faible	En bonne voie mais à un rythme faible	
Objectif 8: Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	En bonne voie	En retard	En retard	En bonne voie	

	Faible
	Moyen
	Bon

4.2. VECTEURS DE FRAGILITE DU CADRE DE MISE EN ŒUVRE DES OMD

La Guinée regorge de ressources naturelles abondantes et diversifiées à même de favoriser une croissance rapide et la transformation structurelle de son économie. Au plan agricole, le pays dispose de terres arables évaluées à 6,2 millions d'hectares, dont seulement 26% cultivés annuellement, avec une pluviométrie annuelle variant entre 1200 mm et 4000 mm. Considérée à juste titre comme le château d'eau d'Afrique, la Guinée a un réseau hydrographique de 6.500 km et un plateau continental de 43.000 km², avec des ressources en eaux de surface et souterraines importantes.

Dans le domaine minier, les ressources sont constituées principalement de la bauxite (dont les gisements sont actuellement estimés à 40 milliards de tonnes, soit près de deux tiers des réserves mondiales), du fer (réserves estimées à 9 milliards de tonnes, dont deux gisements de classe mondiale à Simandou et dans les Monts Nimba, avec une teneur en fer de 63% à 68%), de l'or (plus de 15 tonnes par an produites avec un potentiel de plusieurs centaines de tonnes), du diamant (potentiel estimé à 30 millions de carats). A cela s'ajoutent d'importantes réserves d'uranium, de calcaire, de Nickel, de titane, de graphite et diverses autres pierres précieuses découvertes sur territoire national, ainsi qu'un potentiel hydroélectrique qui pourrait fournir une énergie abondante, économique, propre et renouvelable à la Guinée et à ses voisins (potentiel hydroélectrique estimé à 6000 MW pour une énergie annuelle garantie de 19.300 GWh).

Mais, en dépit de toutes ces potentialités, le pays n'a pas réussi à mobiliser les investissements et le savoir-faire nécessaire à leur valorisation. L'économie reste encore dominée par l'informel et le pays reste parmi les moins avancés du monde, avec 55,2% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (2012) et un niveau de développement humain qui le classe au 178ème rang sur 187 (2013). S'agissant de l'atteinte des OMD à l'horizon 2015, les perspectives se sont progressivement amenuisées au fil des années, passant d'un contexte plus favorable au début des années 2000 à une situation où aucun des objectifs ne semble être réalisable à l'échéance prévue. Cette évolution s'explique dans une large mesure par la fragilité du contexte de mise en œuvre des OMD en Guinée. Les facteurs de fragilité sont, entre autres :

- la faiblesse des institutions de l'Etat pour garantir la stabilité et orienter et promouvoir le développement. D'où les multiples crises politiques, sociales et institutionnelles que le pays a connu le début des années 2000, qui ont fortement affecté la gouvernance des affaires publiques, la mobilisation de l'aide extérieure ainsi que la dynamique de développement et lutte contre la pauvreté;
- le faible dynamisme du secteur privé. Près de 30 ans après la libéralisation économique et financière et le désengagement de l'Etat des activités de production et de distribution, le secteur privé, qui reste largement dominé par l'informel (agriculture de subsistance, commerce etc.), peine à se développer et favoriser la transformation économique du pays pour offrir à la jeunesse un cadre porteur d'emplois et d'épanouissement ;
- une faible performance de l'économie (croissance annuelle moyenne par tête d'habitant de 1,3% entre 1994-2002, -0,7% durant la période 2002-2010 et 0,3% entre 2011 et 2013). Cette volatilité de la croissance, à laquelle il convient d'ajouter la prépondérance du secteur primaire et du commerce, n'a pas permis de créer la richesse et les emplois nécessaires pour infléchir les tendances de la pauvreté et des inégalités. En outre, la faiblesse des revenus des ménages, la montée de la pauvreté urbaine et la persistance des inégalités ont contribué à limiter l'accès des ménages pauvres aux services sociaux de base (éducation et santé) ;
- la forte rigidité du marché du travail constitué en grande majorité d'emplois indépendants et d'aides familiaux (87% de la population active occupée) relevant du secteur informel. Les emplois décents créés dans les industries manufacturières, de transformation ou des services ont

été insignifiants, du fait d'un climat des affaires qui tarde à attirer les investissements directs étrangers; occasionnant ainsi la persistance d'un taux de chômage élevé des jeunes (20%)³¹ ;

- La forte vulnérabilité des enfants et des femmes en matière de nutrition et de sécurité alimentaire (21% des enfants souffrent d'insuffisance pondérale et 39% de la population vivent en situation d'insécurité alimentaire) ;
- la faiblesse des budgets alloués aux secteurs sociaux (12% pour l'éducation et 2,5% pour la santé) ne permet pas de face à la demande sans cesse croissante en infrastructures sociales, au renforcement des capacités des ressources humaines, à l'amélioration des capacités en ressources matérielles et à l'amélioration de la qualité des services offerts ;
- la faible résilience aux changements climatiques, qui se traduit notamment par : la poursuite de la surexploitation des ressources naturelles (agriculture extensive et sur-brûlie charbon, bois d'œuvre etc..) et la remontée de la mer avec des graves conséquences sur les zones côtières, y compris en termes de salinisation des espaces cultivables ;
- La faiblesse du système de suivi - évaluation, qui a entraîné une faible appropriation des OMD par l'administration et les populations.

Ainsi, bien que cadrant largement avec les préoccupations nationales et inscrite au cœur des politiques publiques de développement, la mise en œuvre des OMD en Guinée s'est heurtée à un contexte particulièrement difficile.

4.3. ASPIRATIONS NATIONALES ET PRIORITES DE DEVELOPPEMENT AU-DELA DE 2015

La Guinée ne fait pas partie de l'échantillon de pays ciblés pour la réalisation des consultations nationales en vue de la définition de l'agenda de développement post-2015. Cependant, dans le cadre de la planification au niveau national, plusieurs consultations ont été réalisées ces dernières années. Il s'agit notamment de l'enquête nationale sur les perceptions des populations, réalisée dans le cadre de l'élaboration de la vision prospective « Guinée 2035 »³², et des consultations régionales réalisées en 2012 dans le cadre de l'élaboration du troisième Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP 3 : 2013-2015).

Les résultats de toutes ces consultations traduisent l'ambition d'une accélération du développement national à travers une transformation structurelle et durable de l'économie à travers une stratégie inclusive fondée sur la valorisation des potentialités naturelles du pays. A long terme, il s'agit de faire de la Guinée un pays émergent à l'horizon de 20 à 25 ans.

Pour que cette vision se réalise, la stratégie nationale devra avoir comme finalité ou enjeu le développement de l'économie guinéenne et la mise en place de mécanismes institutionnels de transformation de l'économie qui favorisent une croissance durable, inclusive et équitable et améliorent les conditions de vie des populations. Dans cette optique, les priorités de développement à moyen et long termes reposeront sur quatre piliers :

³¹ Enquête spécifique sur l'emploi et le travail décent/AGUIPE/2012

³² Cette enquête a été réalisée fin 2012 auprès d'un échantillon représentatif de 3.265 personnes âgées de 18 ans ou plus (enquête grand public auprès des ménages) et des interviews individuelles ou collectives auprès des 372 personnalités (exécutif, institutions de la République, dirigeants d'entreprises et société civile), leaders d'opinions (dirigeants de partis politiques, chefs religieux et notables), experts spécialisés dans divers domaines et acteurs non étatiques (associations).

- **le premier pilier concerne l'amélioration de la gouvernance.** A cet égard, il s'agira notamment de : (i) consolider la démocratie à travers la mise en place d'institutions fortes, respectueux des Droits et des Libertés Fondamentales des citoyens et d'une administration de développement ; (ii) promouvoir le développement à la base à travers la mise en œuvre effective de la décentralisation ; (iii) garantir une justice équitable et indépendante, la paix et la sécurité pour tous (iv) lutter efficacement contre la corruption. ;
- **l'accélération et la diversification de l'économie,** source potentielle de richesse et d'emplois décents, constitue le second pilier: Il repose sur : (i) une croissance économique forte, durable et inclusive à travers des corridors de croissance et l'intégration sous-régionale ; (ii) la modernisation du secteur rural afin de promouvoir la sécurité alimentaire et optimiser sa contribution à la vie économique et sociale du pays; (iii) une valorisation des potentialités minières dans une optique d'optimisation de la contribution du secteur à l'économie nationale grâce à la transformation des produits du secteur ainsi qu'une meilleure intégration avec le reste de l'économie; (iv) un secteur privé dynamique, pourvoyeur d'emplois au profit des jeunes ; (v) le développement des ressources humaines, notamment à travers la formation des jeunes en adéquation avec les besoins de l'économie ; (vi) des infrastructures d'appui au développement de qualité disponibles et le désenclavement de toutes les régions du pays ; (vii) une économie intégrée à l'économie mondiale et moins dépendante de l'aide extérieure; (viii) une administration économique efficace et dépouillée de toute corruption.
- **le troisième socle est relatif au développement des services sociaux** de base qui constitue des pré-requis pour relancer la croissance et gagner le pari de l'emploi. Il repose sur : (i) des ressources humaines bien éduquées et en bonne santé ; (ii) des services d'éducation et de santé accessibles à tous ; (iii) la protection des couches vulnérables; (iv) la promotion de l'emploi décent en faveur des jeunes et des femmes et leurs accès aux organes de prise de décision.
- **le quatrième pilier concerne la lutte contre les changements climatiques** à travers : (i) la préservation du milieu naturel (faune, flore et espace marin) ; (ii) une réduction significative de la pollution et des aléas climatiques et ; (iii) l'intégration des questions environnementales dans toutes les politiques nationales de développement.

Par ailleurs, la consultation restreinte menée dans le cadre de la préparation du présent rapport conclu sur la nécessité de mettre en place un nouveau cadre de développement, qui tiendrait compte des limites du cadre en cours. Au niveau des pays les moins avancés, les priorités devront être orientées vers le développement tandis que les changements climatiques interpellent plus fortement les pays industrialisés. Ce nouveau cadre devra favoriser à la fois les pays pauvres et/ou fragiles ainsi que l'émergence économique des pays qui en ont le potentiel. Dans ce cas de figure, un rôle plus accru devra être dévolu au secteur privé, à travers la mobilisation d'investissements productifs et le transfert de compétences et de savoir-faire.

Au regard des limites du cadre des OMD, le nouveau cadre devra prendre en compte les préoccupations ci-après: (i) l'accroissement des revenus et des emplois décents, sous-tendu par une croissance forte, durable et inclusive, (ii) un environnement propice au développement (Etat de droit, institutions fortes, paix et sécurité, bonne gouvernance), (iii) les facteurs propices au développement, aux transformations économiques et à la réduction de la pauvreté que sont les infrastructures de soutien au développement, (iv) le développement social dans toutes ses dimensions y compris la protection sociale des couches vulnérables, (v) le développement d'un partenariat « gagnant-gagnant », l'implication du secteur privé, le développement de la coopération régionale et de la coopération Sud-Sud ainsi que la mobilisation des ressources intérieures, (vi) la résilience aux changements climatiques, (vii) l'alignement aux priorités nationales de développement, (viii) la mise en place d'un système de suivi-évaluation plus efficace (responsabilisation et redevabilité), et (ix) une forte implica-

tion de la société civile en tant que force de pression, tant au niveau de l'élaboration que du suivi de la mise en œuvre.

En tout état de cause, les axes prioritaires du futur cadre devront focalisés sur : (i) le développement économique et la lutte contre la pauvreté (y compris les infrastructures de soutien au développement), (ii) le développement social (y compris la réduction des inégalités et la protection), (iii) la bonne gouvernance et la consolidation de la paix et de la sécurité, et (iv) la lutte contre les changements climatiques.

CONCLUSION GENERALE

Depuis plusieurs années, les OMD sont intégrés dans la planification du développement en Guinée, notamment à travers le DRSP et certaines politiques sectorielles. En fait, ils cadrent largement avec les préoccupations des populations exprimées lors des processus de préparation des DSRP successifs (amélioration des revenus et de la sécurité alimentaire, accès plus large à des services sociaux de base de qualité –éducation, santé, eau potable, assainissement etc.). De même, les principaux secteurs concernés par les OMD constituent un grand centre d'intérêt pour les partenaires au développement.

Cependant, en dépit des avancées notables enregistrées dans les domaines concernés, notamment au cours de la décennie 90, la Guinée ne pourra pas atteindre les OMD à l'échéance de 2015. Les contre-performances enregistrées au cours de la décennie passée, notamment entre 2005-2010 du fait des multiples crises politiques et institutionnelles, ont sensiblement freiné les progrès en matière de développement et de lutte contre la pauvreté dans le pays.

A la faveur du renouveau politique intervenu fin 2010, des efforts ont été engagés au cours des 3 dernières années en vue de créer les bases d'une relance du développement national, notamment à travers stabilisation du cadre macro-économique, la finalisation de la transition politique et normalisation de la coopération financière avec les principaux partenaires ainsi que la mise en perspective de plusieurs projets et programmes de réformes et d'investissements etc.). Mais, les préoccupations demeurent très fortes quant aux conditions des populations, aussi bien en termes d'accès à l'emploi et aux revenus qu'à celui de l'amélioration des services sociaux de base.

Au regard de ce qui précède, l'agenda des OMD reste d'actualité en Guinée. Dans la stratégie nationale de développement, axée sur l'émergence, l'accélération des OMD devra compter au nombre des priorités. En répondant ainsi aux attentes pressantes des populations, notamment en termes de développement des ressources humaines et d'emploi des jeunes, le pays pourra consolider les bases d'un développement inclusif, soutenu et durable. A cet effet, l'atteinte au point d'achèvement de l'Initiative PPTTE en septembre 2012, la normalisation de la coopération financière avec les partenaires et la mise en perspective de plusieurs projets d'envergure, dont des mégaprojets miniers, constituent des opportunités importantes pour faire avancer l'agenda des OMD.

BIBLIOGRAPHIE

1. Enquêtes Démographiques et de Santé, 1992
2. Enquêtes Démographiques et de Santé, 1999
3. Enquêtes Démographiques et de Santé, 2005
4. Enquêtes Démographiques et de Santé, 2012
5. Ministère de la Santé et de l'hygiène publique, Direction nationale de la santé publique, Feuille de route de la santé de la reproduction, 2008
6. Ministère de la Santé publique, Plan national de développement sanitaire, 2003.
7. Ministère du plan, Institut national de la Statistique, Enquête légère pour l'évaluation de la pauvreté (ELEP), 2007.
8. Ministère du Plan, Institut national de la Statistique, Pauvreté et inégalité en Guinée 1994-2012, analyse à partir des enquêtes auprès des ménages (Version finale), Juillet 2012
9. Guinée, Enquête démographique et de santé, Guinée, 1992, Direction nationale de la Statistique et de l'Information, USAID, FNUAP.
10. Guinée, Enquête démographique et de santé, 1999.
11. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Direction nationale de la Santé familiale et nutrition, Evaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence en République de Guinée, Rapport provisoire version initiale, janvier 2013.
12. Rapport national sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, Guinée, 2009
13. Evaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence en République de Guinée, Rapport provisoire, Version initiale, Janvier 2013.
14. Evaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence en République de Guinée, Rapport provisoire, Version initiale, Janvier 2013.
15. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Division des Ressources Humaines, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, Rapport final, Juillet 2012.
16. Ministère de la Santé publique, Plan stratégique pour faire reculer le paludisme en République de Guinée pour la période 2006-2010.
17. Ministère de la Santé publique, Annuaire des statistiques sanitaires 2006, décembre 2007.
18. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Annuaire statistique sanitaire, 2011, octobre 2012.
19. Ministère de l'Environnement des eaux et Forêts- Inventaire National des gaz à effet de serre, 2009
20. Banque Mondiale – Site web, Base de données, Indicateurs de développement
21. GUINEE - Rapport national sur les OMD 2009
22. Ministère de l'Environnement des eaux et Forêts, Centre d'Observation, de surveillance et D'information Environnementales COSIE -Rapport sur l'Etat de l'Environnement en Guinée -2012
23. Ministère de l'Environnement des eaux et Forêts, Stratégie nationale de gestion des aires protégées, 2010
24. Systèmes des nations Unies –Rapport OMD, 2012, Evaluations des progrès accomplis en Afrique
25. Ministère de l'Environnement des eaux et Forêts ; 4ème Rapport sur la Mise en Œuvre de la Convention sur la Diversité Biologique en Guinée-2009
26. Banque Mondiale, site web-Base de données Indicateurs de développement- Environnement
27. Ministère de l'Environnement des eaux et Forêts ; 4ème Rapport sur la Mise en Œuvre de la Convention sur la Diversité Biologique en Guinée, 2009
28. Ministère du Plan, Institut National de la Statistique, Enquête Intégrale avec module Budget et Consommation EIBC
29. Ministère du Plan, Institut National de la Statistique, Questionnaire des indicateurs de base du bien-être (QUIBB), 2002
30. Ministère du Plan, Institut national de la Statistique, Pauvreté et inégalité en Guinée 1994-2012, analyse à partir des enquêtes auprès des ménages, Juillet 2012
31. Ministère du plan, Institut national de la Statistique, Enquête légère pour l'évaluation de la pauvreté (ELEP), 2007
32. Ministère du plan, Institut national de la Statistique, Enquête légère pour l'évaluation

- de la pauvreté (ELEP), 2013
33. Ministère d'Etat chargé de l'Energie et l'Environnement, Société des Eaux de Guinée- Rapport d'activités exercice 2011
 34. Liste officielle des OMD/<http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/RES/60/1>)
 35. Aide publique au développement: www.oecd.org
 36. Annuaire statistique du Ministère de l'Enseignement Pré-universitaire et de l'éducation civique
 37. Annuaire statistique de l'Institut National de la Statistique (2013)
 38. Annuaire Statistique Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique 2008,2009 et 2010
 39. Rapport UN-2013/www.un.org
 40. Guinée : HIPC completion 2012/FMI
 41. Guinée : Situation de la dette extérieure/ FMI
 42. Document de stratégie de réduction de la pauvreté (2013-2015)
 43. Plan quinquennal de développement (2011-2015)
 44. Cadrage macroéconomique (juin 2013)
 45. Evaluation des besoins pour l'atteinte des OMD-PNUD : 2006-2007