

STRATÉGIE
DE
COOPÉRATION
DE L'OMS
AVEC LES PAYS
GUINÉE-BISSAU



RÉPUBLIQUE DE GUINÉE-BISSAU
Ministère de la Santé publique
Bissau



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Bureau régional de l'Afrique
Brazzaville

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
(2005)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du Protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous les droits réservés.

Les désignations utilisées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Le fait de mentionner les produits de compagnies spécifiques ou de certains fabricants ne signifie pas qu'ils sont approuvés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres produits de nature analogue qui ne sont pas mentionnés. A l'exception des erreurs et des omissions, les noms des produits sont signalés par des majuscules au début du mot.

Imprimé en République du Congo

**STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE
L'OMS AVEC LES PAYS**

GUINÉE-BISSAU

2004-2007

SOMMAIRE

Abréviations	v
Préface	vii
1. Introduction	1
2. Cadre de la politique institutionnelle de l'OMS : orientations stratégiques mondiales et régionales	3
2.1. Mission de l'OMS	3
2.2. Nouvelles méthodes de travail	3
2.3. Orientations stratégiques	4
2.4. Fonctions essentielles	4
2.5. Priorités globales et régionales	5
2.6. Rendre l'OMS plus efficace au niveau des pays	6
3. Analyse de la situation du pays : défis en matière de santé et de développement	7
3.1. Démographie	7
3.2. Situation économique	7
3.3. Gouvernance	8
3.4. Financement du secteur santé	10
3.5. Situation épidémiologique	11
3.5.1. Maladies transmissibles	11
3.5.2. Maladies non transmissibles	13
3.5.3. Santé de la femme et de l'adolescent	13
3.5.4. Eau et assainissement	14
3.5.5. Situations d'urgence et de catastrophes	14
3.6. Système national de santé	15
3.6.1. Disponibilité	16
3.6.2. Accessibilité	16
3.6.3. Utilisation et qualité des services	16
3.6.4. Système d'information sanitaire	17
3.7. Problèmes principaux de santé et défis majeurs	18
3.7.1. Problèmes principaux de santé	18
3.7.2. Défis majeurs	19
4. Assistance et partenaires au développement du secteur santé : flux, instruments et coordination	20
4.1. Tendances globales	20
4.2. Principaux partenaires au développement sanitaire	20
4.3. Mécanismes de coordination	22

5. Programme de coopération de l’OMS avec le pays	23
5.1. Évolution du budget et des activités pendant les trois dernières périodes biennales (1988-2003)	23
5.2. Évolution des ressources humaines pendant les trois dernières périodes biennales (1988-2003)	25
5.3. Appui du Bureau régional et du Siège	26
5.4. Forces, faiblesses et menaces	27
6. Agendas stratégiques de coopération entre l’OMS et la Guinée-Bissau	28
6.1. Renforcement des partenariats pour la santé	28
6.1.1. Coordination des actions dans le domaine de la santé	29
6.1.2. Contribution intersectorielle	29
6.2. Amélioration de l’action du système des services de santé	30
6.2.1. Développement des ressources humaines	31
6.2.2. Organisation de soins intégrés de qualité en faveur de la femme.....	31
6.2.3. Politique et gestion des médicaments	32
6.2.4. Renforcement du système d’information sanitaire (SIS).....	32
6.3. Lutte contre les maladies prioritaires	32
6.3.1. Maladies transmissibles	33
6.3.2. Maladies non transmissibles	34
6.3.3. Gestion et réponse aux urgences	34
7. Implications pour l’OMS	35
7.1. Implications pour le bureau pays de l’OMS	35
7.1.1. Organisation du bureau	35
7.1.2. Programmation et budget	35
7.1.3. Aspects logistiques	36
7.1.4. Information, documentation et communication	36
7.1.5. Renforcement des capacités techniques et de gestion	37
7.2. Implication pour le Bureau régional et pour le Siège	37
8. Conclusion	38
Bibliographie	39
Annexes	
1. Description du processus d’élaboration de la SCP.....	40
2. Liste des institutions et personnalités contactées	42
3. Liste de présence à la réunion de restitution du 27/05/03	43

ABRÉVIATIONS

AFRO	Bureau régional de l'Afrique
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
ROE	Risque obstétrical élevé
AVC	Accident vasculaire cérébral
BM	Banque mondiale
BAD	Banque Africaine de Développement
BCT	Sécurité du sang et technologies cliniques
CAH	Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent
CCA	Evaluation commune des pays
DAF	Direction administrative et financière
DAP	Programme d'action sur les médicaments essentiels
DENARP	Document stratégique national pour la réduction de la pauvreté
DIEC	Direction de l'information, de l'éducation et de la communication
DHE	Direction de l'Hygiène et de l'Épidémiologie
DND	Données non disponibles
DOT	Traitement sous observation directe
DPC	Programme de lutte contre les maladies
DPCAE	Direction de la planification et de la coordination de l'aide extérieure
DRS	Direction régionale de la santé
EB	Extrabudgétaire
SCP	Stratégie de coopération avec le pays
EHA	Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours
ENS	Ecole nationale de santé
ERS	Equipe régionale de santé
FCFA	Franc des communautés financières africaines
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GPD	Programme mondial de l'OMS pour le développement
HEC	Economiste de la santé
HIP	Information et promotion de la santé
HNSM	Hôpital National Simão Mendes
HPR	Promotion et recherche sur la santé
HQ	Siège mondial de l'OMS
HRB	Hôpital régional de Bafatá
HRG	Hôpital régional de Gabú
HRH	Ressources humaines pour la santé
OSD	Organisation des systèmes de santé
IB	Initiative de Bamako
IDA	Actions de développement international
IEC	Information, éducation et communication

Abréviations

INEC	Institut national des statistiques et du recensement
IRA	Infections respiratoires aiguës
IST	Infections sexuellement transmissibles
MDG	Objectifs de développement pour le Millénaire
MICS	Enquête en grappe à indicateur multiple
MINSA	Ministère de la Santé
MNH	Santé Mentale
NCD	Maladies non transmissibles
JNV	Journée nationale de vaccination
NPO	Administrateur national du programme
BGE	Budget global de l'état
OMS/GUB	Bureau de l'Organisation Mondiale de la Santé en Guinée-Bissau
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme des Nations Unies de lutte contre le SIDA
PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PDRHS	Plan de développement des ressources humaines pour la santé
PFA	Paralysie flasque aiguë
PIP	Programme d'investissement public
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PSB	Projet santé de Bandim
RBM	Faire reculer le paludisme
RPC	Politique de recherche et de coopération
RPH/RHR	Programme de recherche-développement en santé génésique
SIS	Système d'information sanitaire
SNS	Système national de santé
SNU	Système des Nations Unies
SG	Santé génésique
SSA	Accord de services spéciaux
TB	Tuberculose
TCC/REC	Coopération technique avec les pays
UEMOA	Union économique et monétaire ouest africain
UNDAF	Cadre d'appui des Nations Unies aux activités de développement
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
USB	Unité de santé de base
US\$	Dollar des Etats-Unis
VAB	Vaccins et autres produits biologiques
VIH/SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine/Syndrome immunodéficience acquise
VIH1/VIH2	Virus d'Immunodéficience Humaine, type1 /Virus d'immunodéficience humaine, type2

PRÉFACE

En l'an 2000, le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a approuvé une stratégie institutionnelle pour orienter l'activité du Secrétariat de l'OMS. Cette stratégie institutionnelle a souligné le rôle essentiel des pays dans l'action de l'Organisation, d'où la nécessité urgente de traduire la stratégie mondiale en stratégies spécifiques, adaptées aux besoins de chaque pays. Ces mesures constituent le fondement des stratégies de coopération de l'OMS avec les pays (SCP)

La stratégie de coopération de l'OMS avec un pays donné énonce les priorités stratégiques de l'Organisation pour son activité dans ce pays, priorités qui doivent guider une réponse intégrée des trois niveaux de l'Organisation : bureau de pays, Bureau régional et Siège. La SCP est l'expression claire de l'action de l'OMS en faveur des pays ; le programme d'action stratégique qu'elle comprend orientera la coopération entre l'OMS et l'État Membre, pour le moyen terme. La SCP servira de référence pour les plans de travail de l'OMS et l'allocation des ressources de l'Organisation, que celles-ci proviennent des pays, de la Région ou du Siège ou bien d'autres sources telles que les centres collaborateurs.

La stratégie de coopération de l'OMS a été élaborée grâce à un processus élargi de consultations auquel ont pris part tous les niveaux de l'Organisation, le Ministère de la Santé, les autres institutions gouvernementales, le secteur privé, les organisations de la société civile, les institutions de formation et de recherche, les partenaires au développement et autres intervenants essentiels dans le domaine de la santé. Le processus a nécessité de profondes réflexions et l'analyse des problèmes prioritaires de santé et de développement du pays, ainsi que du rôle de l'OMS, en tenant compte de ses avantages comparatifs.

Je prends note du processus exhaustif qui a conduit à l'élaboration de ce document et voudrais féliciter le gouvernement et tous les intervenants du secteur de la santé pour les efforts qu'ils ont déployés, ainsi que leur active participation à ce travail. Pour moi, il ne fait aucun doute que le processus de la SCP aidera les pays à concentrer leurs efforts sur des problèmes de santé prioritaires et à coordonner l'action des différents partenaires et intervenants.

Le défi que nous devons maintenant relever consiste à traduire cette stratégie en actions concrètes, en vue d'améliorer la performance de l'OMS au niveau des pays et d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires pour les populations qui en ont le plus besoin.

Dr Ebrahim Malick Samba
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
Organisation mondiale de la Santé

1. INTRODUCTION

La stratégie de coopération de l'OMS avec la Guinée-Bissau (SCP) est l'expression de la stratégie institutionnelle de l'OMS, s'inscrivant dans le cadre du renforcement de la cohérence et de l'efficacité des interventions de l'Organisation dans le pays, pour la période 2004-2007.

La SCP traduira la vision stratégique de l'OMS pour la Guinée-Bissau et sera opérationnalisée à travers les budgets programmes et les plans d'action bisannuels. Cette stratégie permettra à l'Organisation de mieux jouer son rôle de conseiller dans les domaines des politiques de santé, de l'assistance technique, du renforcement et de la coordination du partenariat au développement sanitaire.

La SCP servira, d'autre part, de guide au travail de toute l'Organisation en Guinée-Bissau. En outre, comme elle se focalise sur les priorités définies par les autorités nationales et par l'OMS, elle tient compte des stratégies et des interventions des autres partenaires au développement sanitaire, et vise à promouvoir une approche globale de la santé qui garantira la complémentarité des actions de santé, le développement durable et la lutte contre la pauvreté.

La SCP est fondée sur les priorités globales de l'OMS, sur les orientations du Bureau Régional de l'Afrique et sur les documents importants produits dans le pays, par le Ministère de la Santé, parmi lesquels le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS),¹ qu'il s'agisse du cadre stratégique approuvé par l'Etat guinéen pour la mise en œuvre des interventions sanitaires, les Plans Nationaux de Lutte contre le Paludisme et de Lutte contre le VIH/SIDA. D'autres documents ont été pris en compte comme la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (DSNRP), le Programme National de Bonne Gouvernance, le Plan Directeur de l'Eau et de l'Assainissement, l'Évaluation Commune des Pays (CCA) et le Cadre d'Assistance au Développement des Nations Unies (UNDAF). Les Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) et les autres initiatives régionales tels que le NEPAD et la déclaration d'Abuja et d'autres initiatives régionales et sous-régionales ont été considérées.

Pendant l'élaboration de la SCP, l'équipe mise en place à cet effet était composée de représentants des trois niveaux de l'OMS et de hauts cadres du Ministère de la Santé. Elle a consulté ces documents importants et a procédé à d'intenses discussions en groupes et en plénière. Elle a interviewé un nombre considérable de partenaires, et tout cela a abouti à des sessions de restitution des résultats visant à élargir au maximum la participation des intervenants de la santé et à mettre en valeur le processus.

¹ MSP, **Plan national de développement sanitaire** - (PNDS) (1998-2002, mis à jour pour 2003-07), Bissau, 1997.

Les axes stratégiques qui feront l'objet de la coopération entre l'OMS et la Guinée-Bissau, définis pendant le processus d'élaboration de la SCP, accordent la priorité aux actions requises pour réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies principales identifiées dans le pays. Les axes identifiés sont les suivants : (1) renforcement du partenariat pour la santé; (2) amélioration des services du système de santé; (3) lutte contre les maladies prioritaires.

2. CADRE DE LA POLITIQUE INSTITUTIONNELLE DE L'OMS : ORIENTATIONS STRATÉGIQUES MONDIALES ET RÉGIONALES

Les méthodes de travail de l'OMS ont changé de manière significative au fil des dernières années. Ces réformes ont pour objectif essentiel de contribuer à l'amélioration du rôle des États Membres dans la réponse aux principaux défis dans les domaines de la santé et du développement. Ces changements institutionnels ont été définis dans le cadre de la stratégie de coopération de l'OMS.

2.1. Mission de l'OMS

La mission de l'OMS consiste à soutenir les pays afin que «toutes les populations atteignent le niveau maximum de santé possible» (Article 1 de la Constitution de l'OMS).² La stratégie institutionnelle et le cadre de la politique de coopération avec les États membres dans la région africaine expriment les éléments clés à travers lesquels l'OMS essaie d'apporter la meilleure contribution possible à l'amélioration de la santé des populations.

L'organisation cherche à renforcer ses capacités techniques et intellectuelles, son leadership en matière de santé et sa capacité de gestion.

2.2. Nouvelles méthodes de travail³

Dans la stratégie institutionnelle, l'OMS met l'accent sur la réponse à apporter aux grands changements mondiaux :

- Envisager la santé sous un angle plus large ; c'est-à-dire dans le contexte du développement, de l'action humanitaire, de l'égalité entre hommes et femmes, des droits de la personne, en s'intéressant tout particulièrement aux liens entre santé et lutte contre la pauvreté ;
- Jouer un rôle plus important dans l'instauration d'un consensus national et international sur les politiques, stratégies et principes de santé, en veillant à l'acquisition de données de recherche, de connaissances et des compétences techniques et à leur application ;
- Inciter à mener une action plus efficace pour promouvoir et améliorer la santé et pour réduire les inégalités en santé, en négociant des partenariats et en se prévalant du rôle de catalyseur joué par d'autres ;

² OMS, **Programme Général de Travail, 2002-2005**

³ Idem

- Créer une culture d'entreprise qui encourage la réflexion stratégique, la promptitude dans l'action, la création de nouveaux liens, l'innovation et la rigueur, et étendre l'influence de l'Organisation dans le monde.

2.3. Orientations stratégiques⁴

Sur la base des nouvelles méthodes de travail mentionnées ci-dessus, l'OMS a mis au point quatre orientations stratégiques pour soutenir les pays dans l'amélioration de la santé des populations. Ces orientations stratégiques, liées les unes aux autres, constituent le cadre général du travail technique du Secrétariat :

- i) Réduire la morbidité, la mortalité et les incapacités, surtout des populations pauvres et marginalisées ;
- ii) Promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé des populations ;
- iii) Mettre en place des systèmes de santé qui améliorent les résultats sanitaires de manière équitable, répondant aux attentes légitimes des populations et qui soient financièrement équitables ;
- iv) Concevoir une politique de base et créer un cadre institutionnel dans le secteur de la santé et faire en sorte que les questions de santé soient dûment prises en compte dans les politiques sociales, économiques et en matière d'environnement et de développement.

2.4. Fonctions essentielles⁵

La typologie des fonctions essentielles de l'OMS décrite, ci-dessous, est basée sur les avantages comparatifs de l'organisation à ses différents niveaux :

- Articulation consistante des aspects éthiques, des politiques basées sur la recherche et le plaidoyer pour la santé;
- Facilitation des échanges d'informations en évaluant les tendances et en comparant le rôle des systèmes de santé ; en établissant un programme de recherche et en stimulant son développement;
- Effet catalyseur des changements grâce à des politiques et à un appui technique visant à stimuler l'action et à soutenir le développement durable des capacités nationales dans le secteur de la santé;
- Négociation pour rendre durables les partenariats nationaux et mondiaux;

⁴ OMS, **Programme Général de Travail, 2002-2005**

⁵ Idem

- Établissement, validation, suivi et facilitation de la bonne mise en œuvre des normes et directives;
- Essai et stimulation du développement de nouvelles technologies, d'instruments et de directives, pour la réduction des risques et la lutte contre les maladies.

2.5. Priorités globales et régionales⁶

Pour répondre à la nécessité de rendre ses interventions plus efficaces, et compte tenu des ressources limitées, l'OMS a sélectionné un certain nombre de priorités, pour les années à venir. Les critères d'établissement de ces priorités sont les suivants :

- i) Possibilité de réduire sensiblement la charge de morbidité grâce aux interventions existantes d'un bon rapport coût/efficacité;
- ii) Problèmes de santé qui ont d'importantes répercussions sur le développement socio-économique et qui touchent les pauvres de manière disproportionnée;
- iii) Besoin urgent de nouvelles technologies;
- iv) Possibilités de réduire les inégalités de santé dans les pays et entre les pays;
- v) Demande d'appui émanant de nombreux Etats Membres;
- vi) Avantage comparatif de l'OMS. Cet avantage comparatif surtout en ce qui concerne l'offre de biens publics: politiques, stratégies et normes consensuelles : création et gestion de partenariats.

Les priorités mondiales sélectionnées sur la base de ces critères incluent le paludisme; le VIH/SIDA et la tuberculose; la santé maternelle; la santé; la lutte contre le tabagisme; les maladies non ; la sécurité; la sécurité; les systèmes de santé; la santé et l'environnement.

La Région africaine est par conséquent focalisée sur douze domaines prioritaires. Ces priorités sont les suivantes :

- le développement des systèmes de santé;
- le contrôle des maladies transmissibles, y compris le VIH/SIDA et la tuberculose et le paludisme ;
- la sécurité transfusionnelle;
- santé maternelle;
- la santé de l'enfant et de l'adolescence;

⁶ OMS Programme Général de Travail, 2002-2005.

- la santé mentale;
- le contrôle des maladies non transmissibles, y compris le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies respiratoires chroniques obstructives;
- la promotion de la santé;
- la santé et l'environnement;
- la nutrition;
- la réparation de situation d'urgences et d'épidémies;
- la pauvreté, la santé et la médecine essentielle y compris, la médecine traditionnelle.

2.6. Rendre l'OMS plus efficace au niveau des pays

La mise en œuvre de la stratégie institutionnelle de l'OMS varie d'un pays à l'autre. Les différences s'expliquent par la spécificité des défis en matière de santé et développement, l'implication d'autres partenaires, les interventions en cours de l'OMS dans et avec le pays, ainsi que le cadre de coopération au niveau mondial et régional. Aussi, la stratégie de coopération avec le pays devra-t-elle établir un équilibre entre ses principales fonctions, au niveau du pays, c'est-à-dire, être davantage un conseiller, un agent catalyseur, et s'impliquer dans des activités de routine précises, ainsi que dans des initiatives bien identifiées et pour un temps limité.

Une typologie opérationnelle des fonctions de l'OMS au niveau des pays a été développée sur la base des fonctions essentielles décrites plus haut :

- soutenir la mise en œuvre d'activités de routine à long terme;
- créer un effet catalytique par l'adoption de stratégies et d'innovations; proposer des directives adaptées au pays; stimuler leur mise en œuvre à grande échelle;
- soutenir la recherche et le développement; stimuler le suivi du secteur de la santé et de sa performance;
- faciliter les échanges d'informations et de connaissances : options et positions génériques en matière de santé, directives et plaidoyer ;
- être conseiller technique de haut niveau en matière de politiques spécifiques au pays;
- jouer un rôle de facilitateur et influencer les choix de politiques, l'action et l'allocation des ressources du gouvernement et des autres partenaires au développement.

3. ANALYSE DE LA SITUATION DU PAYS : DÉFIS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE DÉVELOPPEMENT

3.1 Démographie

La brève enquête menée pour évaluer la pauvreté en Guinée-Bissau en 2002⁷ a estimé la population totale à 1.181.641 habitants. Le taux annuel moyen de croissance était de 1,7%. La population de Bissau représentait 26% de la population totale, avec un taux annuel moyen de croissance de 4,2%. On estime la population rurale à 60% environ.

La population de la Guinée-Bissau est essentiellement jeune. Les jeunes de moins de 15 ans représentent 48 %, tandis que les enfants de moins de 5 ans constituent 20% du total. La tranche d'âge de 15-35 ans correspond à 32% et celle de 35-55 à 14% et la population d'un âge égal ou supérieur à 65 ans à 3% environ. La population féminine représente 51%.

L'espérance de vie à la naissance se situe à 45 ans. L'indice synthétique de fécondité est de 6 enfants pour une femme. Le ratio de mortalité maternelle est estimée à plus de 800/100000 naissances vivantes, tandis que le quotient de mortalité infantile est de 125 ‰ et celui des enfants de moins de 5 ans peut atteindre 210 ‰⁸.

L'exode rural est remarquable avec une grande concentration de la population dans les centres urbains, en particulier dans la capitale, avec les conséquences inhérentes à la précarité de la vie (logement, eau potable, égouts, électricité, écoles et nourriture) ainsi qu'au manque d'infrastructures sociales nécessaires pour garantir la santé publique.

3.2 Situation économique

La Guinée-Bissau fait partie du groupe des pays les plus endettés du monde, sa dette s'est chiffrée, en 2002 à 24,3 milliards de FCFA (37,1 millions de US\$), avec une tendance d'augmentation de la charge de la dette par rapport au PIB entre 2001 et 2002.

Les indices sociaux et économiques la situent parmi les pays les moins avancés du monde, avec un indice de développement humain en 2000 de 0,34 selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain Durable de 2002⁹ qui place le pays au 167^e rang sur 173 pays. Le secteur primaire domine la structure économique, étant donné qu'en 2000 il a généré plus de 62% du PIB contre 52,8% en 1994. Celui-ci, en 2000, se chiffrait à 281,2 millions de US\$, ce qui représente 238 de US\$ par habitant¹⁰.

⁷ INEC Institut national des statistiques et du recensement, **Évaluation de la pauvreté en Guinée-Bissau 2001-2002**, Bissau 2002.

⁸ Op. cit. idem, idem.

⁹ Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), **Rapport mondial sur le Développement humain durable**, New York, 2001.

¹⁰ Secrétariat d'État auprès du Parlement & UNICEF, **Enquête en grappe à indicateur multiple (MICS)**, Bissau, 2000.

Actuellement, les produits stratégiques pour l'exportation sont essentiellement la noix de cajou, le poisson et le bois. Étant donné que le PIB est largement tributaire de l'agriculture, surtout de la noix de cajou, la vulnérabilité de l'économie de la Guinée-Bissau tend à augmenter, à cause du prix de ce produit sur le marché international qui a considérablement oscillé, en tendant à la baisse.

En ce qui concerne les ressources minérales, les perspectives pour sa contribution à l'économie du pays sont incertaines, seulement possible d'évaluer son impact avec les résultats de la prospection pétrolière, ainsi que l'exploration éventuelle de la bauxite et du phosphate.

Néanmoins, l'entrée de la Guinée-Bissau dans l'UEMOA (Union économique et monétaire ouest-africaine) en 1997, s'est traduit par une plus grande discipline financière, donnant lieu à une amélioration de la situation des finances publiques, à la disparition du solde négatif chronique de la balance des paiements, laquelle a présenté un solde global excédentaire en 2002, contribuant à la création de bases solides pour une croissance équilibrée et une meilleure activité économique.

Le taux d'inflation a évolué favorablement, passant de deux chiffres, en 1996, à 3,9% en 2002.

L'économie qui était encore fragile a beaucoup souffert du conflit politico-militaire de 1998/99 dont les dégâts avaient été estimés à environ 90 millions de US\$, pour le secteur privé. En plus, le cadre juridique et administratif n'était pas favorable à la promotion de l'investissement privé.

Selon le document «Évaluation de la pauvreté en Guinée-Bissau 2001-2002»¹¹ le chômage, dans l'ensemble du pays, se situe autour de 10%, tandis qu'à Bissau il se situe à environ 20%.

3.3 Gouvernance

La dégradation de la situation socio-économique est attribuée à la mauvaise mise en œuvre des politiques et stratégies de développement adoptées après l'indépendance. Après 1991, le pays s'est engagé dans un processus de démocratisation de la vie politique en adoptant le multipartisme qui a abouti aux premières élections législative et présidentielle en 1994.

Néanmoins, une période d'instabilité politico administrative a causé le dysfonctionnement des institutions, et conduit le pays dans un conflit politico-militaire, entre juin 1998 et mai 1999. Heureusement, les efforts et la volonté politique des parties en conflit, ainsi que l'implication de la communauté internationale ont permis d'organiser en 1999/2000, des nouvelles élections présidentielle et législative reconnues comme justes et transparentes.

¹¹ SYLLA, M. B., *Evaluation de la pauvreté en Guinée-Bissau 2001-2002* INEC, 2002)

Mais des problèmes persistent, du fait que le pays vit, aujourd'hui, dans une situation post-conflit avec des répercussions négatives au niveau social et économique (diminution de l'aide extérieure, destruction des infrastructures, fuite des cerveaux, dégradation considérable des indicateurs sociaux, etc.) et mérite donc une attention particulière de la part de la communauté internationale.

Le fonctionnement de l'appareil de l'État est particulièrement confronté à des faiblesses structurelles du système actuel. Le Parlement, élu en 1999, a été dissous par le Président de la République en novembre 2002 et on attend la réalisation des élections législatives anticipées. Le système juridique est aussi confronté à des problèmes graves, parmi lesquels l'insuffisance du nombre de magistrats (1 magistrat pour 20 000 habitants) et le manque de juridictions spécialisées. En outre, le cadre juridique et administratif ne favorise pas la promotion de l'investissement privé.

L'administration publique est dans une large mesure inefficace et peu rigoureuse ; cela se traduit par une mauvaise gestion et une inégale distribution des biens publics aux niveaux central, régional et local. L'augmentation du nombre des fonctionnaires a largement suivi la logique des engagements politiques, provoquant ainsi un accroissement de l'effectif de l'État avec un ratio par rapport à la population de 27%, tandis que la moyenne dans les pays de l'UEMOA était de 4 %.

La situation des femmes présente encore des inégalités évidentes. Par exemple, bien qu'elles accomplissent la majeure partie des travaux agricoles et domestiques, traditionnellement elles n'ont pas droit à la possession de la terre. C'est aussi parmi elles qu'on enregistre le taux plus élevé d'analphabétisme (plus de 80%), mais l'encadrement des femmes dans les programmes d'alphabétisation est extrêmement médiocre. En plus, les femmes sont faiblement représentées au Parlement (8% des députés), ce qui limite leur participation aux prises de décisions, en particulier l'approbation des lois en leur faveur.

Malgré la ratification par le pays de la plupart des instruments internationaux, et la législation nationale contenant des dispositions qui protègent les droits des enfants, on constate l'existence des phénomènes qui témoignent de l'inapplication systématique des instruments juridiques qui sont censés défendre ces mêmes droits, tels que le travail des enfants, la prostitution infantile, un nombre considérable d'enfants non enregistrés, d'enfants des rues, d'enfants non scolarisés et sujets à la violence domestique, surtout chez les filles.

La presse, en Guinée-Bissau, passe par des agences publiques et privées. Il existe quatre périodiques dont trois privés. 17 radios dont une publique à diffusion nationale, 11 sont communautaires et leur couverture est limitée à certaines zones géographiques, et 5 sont privées. Il existe deux chaînes de télévision, l'une publique, nationale, et l'autre étrangère. Un nombre restreint de personnes, essentiellement dans la capitale, a accès aux informations *via* satellite. Il existe un réseau de téléphones fixes dans presque tous les centres urbains du pays et le réseau de téléphones mobiles est en phase d'étude. L'utilisation de l'internet est pratiquement limitée à Bissau.

Le pourcentage du budget global de l'Etat destiné à la Santé (5) a subi une réduction entre 1998 et 2000, passant de 4,4% à 1,8%. ce qui correspond à une réduction, en valeurs absolues, des montants alloués au secteur, bien qu'en 2001, le secteur a bénéficié d'une augmentation budgétaire nominale considérable (Tableau 1).

Toutefois, le taux d'exécution du budget destiné à la Santé qui a augmenté entre 1998 et 2000 de 31% à 91% a connu une chute importante en 2001 pour se situer à 21%. Cette année-là, presque la totalité du budget a été utilisée pour les dépenses de fonctionnement du secteur liées au personnel ; ce qui prouve une fois de plus l'insuffisance de la contribution de l'État aux dépenses d'investissement.

On estime qu'environ 80% de l'aide internationale est constitué de crédit AID/Banque mondiale et des prêts de la Banque Africaine de Développement, et que les 20% restants proviennent généralement des dons de la coopération bilatérale et des ONG's. Il faut souligner qu'au cours des 3 dernières années, les aides extérieures avaient couvert la majeure partie des dépenses du secteur santé, soit 86% en 1998 et 99% en 2000 (Tableau 2 de la section 4).

Comme complément au financement destiné à la Santé, il existe d'autres formes de financement interne, basées sur la participation communautaire, qui sont l'assurance maladie et l'initiative de Bamako, toutes deux en phase d'expérimentation.

3.5 Situation épidémiologique

3.5.1 Maladies transmissibles

Le profil épidémiologique de la Guinée-Bissau continue d'être dominé par des situations d'infections contagieuses où prévalent le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA), les maladies diarrhéiques aiguës (MDA), les IST/VIH/SIDA et la tuberculose, qui constituent les raisons principales de recours aux services de santé du pays. En plus, la forte prévalence des maladies parasitaires et intestinales, ainsi que d'autres maladies liées à la transmission féco-orale, découle du faible niveau d'assainissement du milieu, de l'accès à l'eau potable et aux conditions d'habitation. Trois de ces maladies transmissibles le paludisme, les IRA et les MDA -- sont responsables pour 65 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans (tableau 2).

Tableau 2 : Principales causes de la mortalité infantile et juvénile

Mortalité infantile et juvénile	Pourcentage
Paludisme	35
Infections respiratoires aiguës	15
Maladies diarrhéiques	15

Source: PNUD, 2002¹²

¹² PNUD, **Mémoire de la Guinée-Bissau. Troisième Conférence des Nations Unies sur les Pays les moins avancés : Mortalité maternelle en Guinée-Bissau – Dimension, causes et facteurs de risque.** 2002.

Le paludisme demeure sans aucun doute, la préoccupation majeure car, il est la cause principale de morbidité, de mortalité, d'incapacité et d'absentéisme. La prévalence globale en Guinée-Bissau était de 1,7% en 2001¹³, tandis que la prévalence du paludisme grave, défini comme épisode qui nécessite une hospitalisation, était estimée à 11%¹⁴ à même année, avec une distribution bien distinctes entre les régions telles que Biombo, qui avait la prévalence la plus élevée se situant à 39%, tandis que Bafata, ayant la fréquence la plus faible correspond à 2%. En prenant comme référence le niveau national, les actions prioritaires doivent être menées dans les régions de Biombo, Balama, Bijagos, Gabu, Bissau, Tombali et Sao Domingos afin de réduire considérablement la morbidité de ce type de maladie.

En 2001, l'enquête préparatoire du PSMLP (Plan stratégique national de lutte contre le paludisme) a montré les indicateurs qui ont permis de déterminer le taux de mortalité dans les structures sanitaires de 141 pour mille et un taux proportionnel de mortalité dans les hôpitaux de 79 pour mille. D'une manière générale, plus de 60% des cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans n'ont pas été correctement traités. Cela montre l'importance des interventions qui visent l'amélioration de la qualité du traitement dans la réduction de la mortalité liée au paludisme.

L'étude de la résistance à la chloroquine, comme médicament de première intention, menée en 2001, confirme que ce médicament est encore efficace pour le traitement du paludisme.

Les IRA et les maladies diarrhéiques constituent respectivement, les 2^{ème} et 3^{ème} causes de mortalité infantile.

Selon le Plan Stratégique National 2002-2005 de Lutte contre le SIDA (PSNLS),¹⁵ la Guinée-Bissau est un des rares pays où se propagent les deux types de virus de l'immunodéficience humaine (VIH1 et VIH2). On estime qu'en 2001, la prévalence du VIH1, y compris ceux des infections doubles, se situait à 4% environ chez les personnes sexuellement actives et âgées de plus de 15 ans, tandis que la prévalence des infections uniquement par le VIH2 se situait à 2,7% environ au sein du même groupe de personnes. Cela signifie que le nombre total de personnes infectées par les VIH1 et VIH2 se chiffre approximativement à 34000 personnes.

La distribution actuelle des VIH1 et VIH2 varie d'une région à l'autre ; la prévalence du VIH1 est plus élevée à Bafata (5,8%), Bissau (4,7%) et Gabu (3,9%), tandis que le VIH2 est plus fréquent à Bafata et Gabu (3,3%). Toutefois, les études actuellement disponibles dans le pays indiquent que les prévalences des VIH1 et VIH2 sont similaires dans les zones urbaines et rurales.

Ministère de la Santé Publique, de la Guinée-Bissau. **Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2001-2005 (PSMLP)**, Bissau, 2001.

Ministère de la Santé Publique. **Santé et pauvreté en Guinée-Bissau ; progresser vers les objectifs internationaux dans le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté**, Bissau, 2002.

PNUE. **Mémoire de la Guinée-Bissau. Troisième Conférence des Nations Unies sur les Pays les moins avancés. Mortalité maternelle en Guinée-Bissau – Dimension, causes et facteurs de risque**, 2002.

Le PNLS estime que si l'on n'améliore pas l'efficacité de la réponse nationale au VIH/SIDA, 100000 personnes souffriront du VIH1 en 2008, contre 20400 actuellement, et le VIH2 n'infectera que 11000 personnes, au lieu de 13 500 actuellement. Cela signifie que le VIH1 infectera 24 à 40 personnes par jour et le VIH2 infectera 23 à 74 personnes par an.

Les autres IST constituaient en 2001 le troisième motif de consultation chez les adultes avec 9% contre 4%, en 2000. Nonobstant cette augmentation relative de la proportion des IST, la situation semble être sous-estimée en raison du nombre élevé de recours à l'automédication.

L'incidence de la tuberculose tend à augmenter. Elle est attribuée d'une part à l'augmentation de la prévalence du VIH/SIDA (40% à 50% des malades de la tuberculose sont également infectés par le VIH) et, d'autre part à la faiblesse du programme de prise en charge des malades. On estime une prévalence autour de 470/100 000 habitants. La stratégie DOTS (traitement sous observation directe) est en cours de mise en œuvre dans les structures de prise en charge couvrant en 2002 4% des structures de santé et 20% de la population.

S'agissant des épidémies, il a été enregistré en 1999 une épidémie de méningite qui s'est propagée dans toutes les régions provoquant 2 860 cas et 430 décès, soit une létalité de 15%. Il a été également enregistré 5 épidémies de choléra en 1986, 1987, 1994, 1996/97, 2002/03.

3.5.2 Maladies non transmissibles

S'agissant des maladies non transmissibles, on constate que certaines constituent déjà un problème de santé publique: celles-ci liées aux conditions psychologiques et socio-économiques de la population. Nous pouvons citer l'hypertension artérielle et ses complications graves, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), le diabète, les maladies psychiatriques et les déficiences physiques. Il n'existe pas de données permettant de les quantifier.

La malnutrition constitue un problème majeur de santé publique. Selon la Direction de l'Hygiène et de l'Epidémiologie, le pourcentage de malnutrition grave chez les enfants de moins de 5 ans, signalé dans les Centres de Santé était de 17% en 1999, 5% en 2000 et 4% en 2001. L'enquête MICS réalisée en 2000 a montré que 25% des enfants de moins de 5 ans souffraient d'insuffisance pondérale, 30% souffraient de retard de croissance et 10% étaient maigres.

3.5.3. Santé de la femme et de l'adolescent

Le niveau élevé de la mortalité maternelle montre que la situation est extrêmement complexe et qu'une intervention dans ce domaine s'avère prioritaire. Les principales causes de mortalité maternelle sont des complications obstétriques directes :

hémorragies (20%), infections (15%), éclampsie (13%), dystocie (8%) (PNUD, 2002).¹⁶ Le pourcentage d'accouchements assistés dans a diminué de 51% à 46% au cours des deux dernières années. Le niveau d'utilisation des contraceptifs de 7,6%, chez les femmes âgées de 15 à 49 ans est faible. Le pourcentage de femmes de la même tranche d'âge ayant eu accès aux soins prénatals atteint 62,6%.

Le manque de cadres techniques spécialisés en gynécologie/obstétrique, le mauvais fonctionnement du système de référence, la faible utilisation des services prénatals, les grossesses répétées, parfois non désirées, la faible participation communautaire (CISB) expliquent le niveau élevé de la mortalité maternelle. A cela s'ajoute des facteurs socio-économiques et culturels tels que la faible capacité financière à supporter les dépenses, la décision tardive de rechercher des soins, le manque de moyens de transport, le mauvais état des routes, etc.

Au niveau de la Direction de la Santé de la Famille, des documents normatifs et stratégiques tels que la politique sur la santé génésique, l'élaboration de programme pour les soins obstétricaux d'urgence, etc. sont en cours d'adoption.

On dispose de peu d'informations sur la santé des adolescents et des jeunes. Néanmoins, il faut souligner l'existence des problèmes tels que la pratique du mariage précoce, les grossesses non désirées, la prostitution des jeunes, la consommation d'alcool et l'utilisation de drogues.

Le Secrétariat d'Etat à la Jeunesse, à la Culture et au Sport en collaboration avec le Conseil National de la Jeunesse ont activement participé dans les domaines de la formation, de la sensibilisation et de l'encadrement des jeunes. La création du Centre polyvalent avec l'appui du UNFPA a contribué à renforcer les activités de formation, de sensibilisation et d'accueil liées aux problèmes d'IST/VIH/SIDA. Une campagne de sensibilisation sur l'alcool et sur les drogues a été lancée à l'Est et au Sud du pays par le MINSA avec l'appui de l'OMS.

3.5.4 Eau et assainissement

Selon les données de l'enquête MICS,¹⁷ 56% de la population avait accès à l'approvisionnement en eau grâce à des installations améliorées, et environ la même proportion avait accès à des installations sanitaires améliorées. Seulement 6% de la population ont accès à l'eau potable grâce à des raccordements domestiques, et une proportion équivalente a accès aux décharges (réseau public d'assainissement de base). L'usage de systèmes sanitaires sans respect des normes d'hygiène aggravent la contamination de l'eau des puits qui est utilisée par la majorité de la population urbaine, ainsi que la prolifération des maladies d'origine hydrique (diarrhées aiguës, choléra, schistosomiase, trachome, etc.). Un autre facteur de risque pour la santé est le système déficient de collecte et de traitement des ordures.

Projet Santé de Banjim (PSB), Etude Étude sur la malnutrition dans les quartiers de Bissau, Bissau, 2001
Idem, Idem (13)

3.5.5 Situations d'urgence et de catastrophes

Le pays ne dispose ni des stratégies, ni politiques nationales, ni de structure ou de mécanisme d'intervention organisée, qui permettent une réponse adéquate et coordonnée, bien qu'il existe des organismes spécialisés dans certaines situations d'urgence. Toutefois, le pays se trouve dans des situations vulnérables dues à des facteurs internes et externes. Par exemple, le conflit de 1998 a généré une quantité considérable de mines disséminées dans tout le pays, plus particulièrement dans la zone de Bissau; cela continue à causer de graves risques d'accidents et constitue un fardeau supplémentaire sur le système national de santé.

3.6 Système national de santé

Le Système national de santé (SNS) a une organisation pyramidale et comprend trois niveaux: central, régional et local. A chacun des niveaux, il existe des structures et des fonctions de gestion, de prestation des soins et de collaboration intersectorielle.

Le niveau central comprend deux Directions Générales: la Direction Générale de la Santé Publique, dont la mission est de coordonner les activités des programmes techniques, et la Direction Générale du Plan et de la Coopération, qui s'acquitte des fonctions stratégiques et d'appui. Pour la prestation des soins, il existe un hôpital national de référence (Simão Mendes) qui, non seulement s'occupe de la population du Bissau, mais offre des services spécialisés à l'ensemble de la population du pays. Cet hôpital joue également le rôle d'un hôpital régional, et même d'un centre de santé. Il existe des centres de référence spécifiques tels que l'hôpital Raul Follereau pour la tuberculose.

Au niveau de chaque région sanitaire, il existe une direction, dotée d'une équipe qui est chargée d'assurer la mise en œuvre de la politique de santé et de coordonner la réalisation de toutes les activités à ce niveau, y compris la collaboration intersectorielle. Les fonctions et les activités principales d'une équipe régionale comprennent la planification régionale, la supervision, le suivi, l'évaluation, le soutien logistique (gestion et approvisionnement en médicaments essentiels), la formation continue des cadres et l'information, l'éducation et la communication (IEC). Pour la prestation des soins, il existe des hôpitaux régionaux (HR) qui constituent la première référence. C'est au niveau local (centre de santé), considéré comme niveau opérationnel, que s'établit le premier contact entre le patient et les services de santé.

Outre le secteur public, le SNS englobe également le secteur privé, compris la médecine traditionnelle et les structures communautaires. Le secteur privé, bien qu'il soit encore naissant et informel, joue un rôle important dans les activités de santé du pays. Néanmoins, il manque un système efficace de réglementation et de contrôle du secteur privé; cela rend difficile sa coexistence avec le secteur public. Cela restreint l'accès aux services de santé privés à une faible partie de la population.

La faible couverture de certaines composantes des soins de santé primaires, tels que les soins curatifs de base, la vaccination, les soins maternels, etc., témoigne manifestement de la faible performance du système de santé. Cette faible couverture résulte des insuffisances en matière de disponibilité, d'accessibilité et d'utilisation des services.

3.6.1 Disponibilité

Les Directions de la Santé représentent les structures décentralisées du système qui doivent être suffisamment dotées de personnels bien formés. Toutefois, il manque certaines catégories de personnel, et la répartition périphérique est mauvaise. Certaines régions ne disposent de sage-femme qualifiée. Selon le Plan de développement des ressources humaines pour la Santé (PDRHS)¹⁸, les ressources humaines se répartissent comme suit : 1 médecin pour 6530 habitants, 1 infirmier généraliste pour 3018, 1 infirmier auxiliaire pour 1330, 1 obstétricien généraliste pour 15614 et 1 obstétricien auxiliaire pour 17377.

Le pays dispose d'un Hôpital national, 4 hôpitaux régionaux et 118 centres de santé. Les hôpitaux sont dans un état de dégradation avancé et en même temps confrontés au manque d'équipements et de personnels qualifiés. Il est prévu un appui à une formation de base au niveau de l'École National de Santé/ENS et de quelques spécialistes dans le cadre de la coopération avec l'OMS, la Banque Mondiale et d'autres partenaires. Il devient manifestement nécessaire de veiller à ce que le système d'approvisionnement en médicaments essentiels évolue vers un statut semi étatique.

3.6.2 Accessibilité

Le pays possède un réseau d'infrastructures sanitaires relativement développé, mais dont la répartition est inadéquate. L'accès aux soins de premier niveau est très difficile, selon les régions pour diverses raisons, qui vont de l'absence d'infrastructures (région d'Oio), jusqu'aux voies d'accès et aux moyens de communication (région de Tombali et des îles). La construction de l'Hôpital régional à Oio et l'adaptation de quelques centres pour la prestation de services chirurgicaux d'urgence sont en cours.

3.6.3 Utilisation et qualité des services

Les couvertures RCG et des premières consultations prénatales en 2002, se situent autour de 76% DHE/MINSA, 2002). Mais l'insuffisance de qualité de certains services peut être attribuée à différents facteurs intimement liés tels que :

- le manque de compétences techniques indispensables à la réalisation de certains actes, par exemple, la surveillance de l'accouchement en appliquant le partogramme;

¹⁸ Ministère de la Santé de la Guinée Bissau, *Plan de développement des ressources humaines pour la Santé (PDRHS)* - Bissau, 1997.

- les structures des services de santé qui ne sont pas toujours accueillantes ;
- la démotivation d'une grande partie du personnel, en raison du peu d'encouragement à travailler dans le secteur public (niveaux de salaire et conditions de travail généralement insatisfaisants ; descriptions des tâches qui ne correspondent pas toujours au travail ; absence d'un véritable plan de carrière ; nombre insuffisant des mécanismes de contrôle et de surveillance).
- les infrastructures des services de santé (structure physique, électricité, eau, etc.), ainsi que le matériel sanitaire qui ne répondent pas aux besoins en matière de qualité, efficacité et efficacie.

Un autre facteur important qui limite l'utilisation des services, est relatif aux coûts des soins, par rapport à la capacité financière très limitée des communautés pour supporter ces frais, bien qu'ils soient considérés comme des tickets modérateurs.

S'agissant du secteur privé, il n'existe pas de statistiques fiables sur son effectif, mais on l'estime à environ 130 cabinets de consultation ou de cliniques. Il existe des accords de coopération pour la prestation de services, notamment avec les associations à but non lucratif. Au niveau du MINSA, on est en train de préparer des supports juridiques pour assurer un meilleur encadrement et fonctionnement du secteur.

En dépit de la disponibilité de médicaments essentiels, ils existent certaines déficiences qui peuvent compromettre la continuité et la durabilité du système d'approvisionnement parmi lesquelles, figurent l'absence de politique pharmaceutique, le mauvais fonctionnement de la commission nationale des médicaments, la non mise à jour de la liste des médicaments essentiels et la gestion inefficace des médicaments à tous les niveaux, y compris l'inspection pharmaceutique.

3.6.4 Système d'information sanitaire

Le système d'information sanitaire (SIS) est peu fonctionnel et est caractérisé par d'innombrables faiblesses: les données collectées sont incomplètes, le personnel qualifié est insuffisant, les données collectées ne sont analysées, donc absence de retro-information ni de prise d'action en fonction des données. Une autre insuffisance du système est le non fonctionnement du système dit « d'alerte » pour les maladies à potentiel épidémique. La transmission des rapports mensuels manque de promptitude surtout entre les centres de santé et le niveau régional. Outre ces problèmes, il y a d'autres causes qui contribuent au mauvais fonctionnement du SIS, comme les infrastructures inadéquates, le manque d'équipements, le manque de motivation des cadres et l'absence de synthèse des données au niveau régional et périphérique.

3.7 Problèmes principaux de santé et défis majeurs

L'analyse de la situation de la santé en Guinée-Bissau révèle certains aspects plus importants, relatifs aux problèmes fondamentaux ou aux opportunités, qui doivent servir de référence à la recherche de solutions adéquates et adaptées à la réalité guinéenne. Quelques déterminants de santé parmi lesquels le niveau élevé du taux de pauvreté avec 88% de la population vivant avec moins de 1USD par jour; un taux d'analphabétisme élevé (59%), surtout chez les femmes (82%); une persistance des comportements à risque comme le tabagisme, l'alcoolisme, la consommation de drogues, les comportements sexuels irresponsables un régime alimentaire déséquilibré, une insuffisance d'exercice physique et une salubrité de base du milieu ambiant insuffisant touchant à un accès à l'eau potable, à une évacuation correcte des excréta et à une habitation de qualité atteignant des expressions importantes menaçant les populations; et constituant une barrière à l'accès à la santé.

Dans un contexte d'instabilité politico administrative traînante, avec dysfonctionnement des institutions de l'État, conduisant à une faiblesse structurelle, particulièrement une administration insuffisante et peu rigoureuse déterminent une situation particulière de la Guinée Bissau où l'OMS doit découvrir des voies alternatives d'appui permettant d'améliorer l'état de santé des populations et faire sentir son rôle en Guinée Bissau.

Cette situation particulière exige, donc, à l'OMS d'encourager un partenariat solide avec les organisations communautaires et les acteurs externes intervenant dans la santé, basée sur l'approche intégrée visant une meilleure mobilisation et coordination dans l'aide au développement sanitaire.

3.7.1 Problèmes principaux de santé

On distingue deux types de problèmes principaux de santé: les problèmes liés à la santé de la population en termes de morbidité et mortalité excessives, et les problèmes liés à la capacité du système national de santé à résoudre ses problèmes.

Parmi les problèmes principaux liés à la santé de la population figurent le niveau encore trop élevé de la mortalité infantile, juvénile et maternelle, mais aussi la prédominance des maladies transmissibles. Ces dernières constituent une charge sur la morbidité et la mortalité principalement due au paludisme, au VIH/SIDA, aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës, à la tuberculose et aux maladies potentiellement épidémiques telles que le choléra et la méningite. On note également une augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles tels que le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires, les troubles mentaux, la malnutrition et les déficiences physiques.

Parmi les problèmes liés à la capacité de réponse du système national de santé figurent l'insuffisance des ressources humaines, tant sur le plan quantitatif que qualitatif; le vieillissement des infrastructures et des équipements, faute d'entretien adéquat ou de réhabilitation; la répartition inéquitable des ressources disponibles et une insuffisance

claire des ressources financières mise à la disposition du secteur. On constate en plus, une gestion inadéquate du secteur de la santé, un mauvais appui au SIS déficient et une coordination non satisfaisante des interventions conjointes des partenaires.

Les conséquences de la situation, présentée plus haut, se reflètent directement dans la mauvaise qualité de la prestation des soins à la population, particulièrement ceux destinés aux groupes les plus défavorisés, incapables de chercher d'autres solutions pour combler les lacunes d'un système public inefficace et inefficace.

La mobilité excessive des cadres et la fuite des cadres qualifiés, l'existence de facteurs potentiels d'instabilité, notamment les bas salaires et un niveau de pauvreté excessivement élevé, constituent de graves menaces au processus de développement du secteur de la santé.

3.7.2 Défis majeurs

Les défis majeurs auxquels le secteur de la santé et l'assistance de l'OMS sont confrontés se résument comme suit :

- Coordonner et rentabiliser le partenariat pour la santé, notamment, les différentes interventions dispersées des multiples partenaires, dans le contexte institutionnel difficile du pays;
- Réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies les plus fréquentes : paludisme, malnutrition, maladies diarrhéiques, IRA, la tuberculose, le VIH/SIDA, l'hypertension artérielle, les maladies mentales et les autres maladies évitables;
- Réduire le ratio de mortalité maternelle;
- Inverser la tendance actuelle de la prévalence de l'infection par le VIH/SIDA;
- Améliorer l'action et l'efficacité du système de santé à travers de : renforcement institutionnel, qualité des services (disponibilité des médicaments essentiels), renforcement des capacités nationales et motivation du personnel;
- Inscire la santé au cœur du développement socio-économique et de la lutte contre la pauvreté : assainissement et de l'eau potable, financement du système de santé et participation communautaire.

Plusieurs facteurs identifiés pouvant contribuer à la mise en œuvre des politiques et des stratégies de santé conduisant à une amélioration significative du cadre actuel du secteur de la santé, parmi lesquels l'existence d'un plan cadre de développement sanitaire et de documents de stratégies spécifiques (paludisme, VIH/SIDA, eau et assainissement, etc.); un document de stratégie pour la réduction de la pauvreté est cours de préparation ; la présence de nombreux partenaires dans le secteur santé constitue une opportunité pour la mobilisation des ressources disponibles pour le pays, spécifiquement à travers les initiatives comme le RBM, GAVI, le Fonds mondial de lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose.

4 . ASSISTANCE ET PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR SANTÉ : FLUX, INSTRUMENTS ET COORDINATION

4.1 Tendances globales

S'agissant de l'aide externe, la situation varie, selon que l'on traite avec des partenaires multilatéraux ou bilatéraux (Tableau 2). Pendant que la coopération multilatérale a subi une diminution constante passant d'un peu plus de 14 milliards de francs CFA en 1997 à 8 milliards en 2000 (1 US\$= 600 FCFA), tandis que l'aide bilatérale a augmenté entre 1997 et 2000, passant de 17 milliards de FCFA à presque 21 milliards. On enregistre une exception en 1998, c'est-à-dire, une diminution assez remarquable de l'aide, que l'on peut attribuer au conflit politico-militaire. La situation de l'aide des ONG semble se ramener en 2000 aux valeurs de 1997, suite à une diminution de presque de moitié en 1999 par rapport à 1997.

Désignation	1998		1999		2000	
	montant	%	montant	%	montant	%
Partenaires multilatéraux	6 826,40	35%	10 193,80	36%	8 020,70	25%
Partenaires bilatéraux	10 135,70	51%	16 581,20	58%	20 951,30	65%
ONG	2 773,40	14%	1839,70	6%	3 101,40	10%
	19 735,50	100%	28 614,70	100%	32 073,40	100%

Tableau 1 : Evolution de l'aide extérieure au secteur de la Santé, 1997-2001 (en millions de FCFA)

Source : Direction de la Planification et de la Coopération du Ministère de la Santé, 2003

4.2 Principaux partenaires au développement sanitaire

L'aide extérieure au pays provient de plusieurs partenaires au développement, de nature multilatérale ou bilatérale, et encore des organisations non gouvernementales qui interviennent dans les divers domaines. Les partenaires multilatéraux les plus manifestes sont la BM, la BAD, l'UE, l'OMS, le PNUD, l'UNICEF, le PAM et le FNUAP.

Les fonds destinés à la santé provenant des agences du système des Nations Unies sont gérés par chaque Agence dans le cadre de programmes spécifiques, selon des plans élaborés, en collaboration avec le MINSa.

La coopération multilatérale est constituée, essentiellement par des prêts de la BAD et de la BM, représentant 63% des aides multilatérales et 56% du total des aides. (tableau 3). La contribution des partenaires multilatéraux aux dons au secteur santé (47% du total des contributions) est canalisée fondamentalement pour l'acquisition de médicaments essentiels et à la reconstruction des infrastructures hospitalières, tandis qu'une petite part était consacrée à la formation. Le financement de l'Union européenne sert essentiellement à appuyer le budget global de l'État.

La coopération bilatérale était constituée, pendant la période de l'analyse, pour une aide sous forme de dons qui ont atteint 27% du total des dons et 12% de l'aide global pour le secteur. Les partenaires bilatéraux principaux sont : Chine, Cuba, France, Pays Bas, Portugal et Suède. La coopération bilatérale intervient surtout dans les domaines de la formation, de l'assistance technique, de la construction et de la réhabilitation des infrastructures sanitaires, comme le cas de la Coopération française, qui va construire l'hôpital de Mansoa; la coopération chinoise qui va réhabiliter l'hôpital de Canchungo. En outre, l'aide de Cuba et de la Chine se traduit également par un envoi au pays d'équipes médicales de différentes spécialités, ainsi que d'équipements hospitaliers. Le Portugal contribue essentiellement en supportant les coûts des évacuations sanitaires. Les Pays Bas interviennent en fournissant les médicaments essentiels.

**Tableau 2 : Évolution de l'aide extérieure au secteur santé, 1997-2003
(en millions d'US\$)**

Partenaires	Type d'aide			
	Prêt	Don	Total	Taux d'exéc.
Multilatéraux				
Banque mondiale	11.6		11.6	25%
BAD	14.1		14.1	0%
Union européenne		6.9	6.9	100%
SNU et ONG		8.0	8.0	DND
Total partiel (multilatéraux)	25.7	14.9	40.6	
Bilatéraux				
Hollande		2.4	2.4	100%
France		3.0	3.0	DND
Portugal (cela n'inclut pas les évacuations médicales)		0.1	0.1	100%
Cuba (assistance technique)				
Total partiel (bilatéraux)		0	5,5	5,5
Total	25,7	20,4	46,1	

Source : Cellule gestion du PNDS / MINSA

Avec un taux d'exécution de 25%, les fonds de la Banque mondiale sont gérés par la cellule de gestion du PNDS, qui reçoit des directives directement de la Banque mondiale. L'utilisation du financement de la BAD n'a commencé qu'en 2003.

4.3 Mécanismes de coordination

La coordination des aides extérieures est assurée par le Ministère des affaires étrangères et par le Secrétariat d'Etat au Plan et à la Coopération. S'agissant du secteur santé, c'est depuis 1997 que s'est avérée la nécessité de coordonner les aides extérieures, ainsi que les activités d'une part, afin d'assurer une plus grande efficacité des actions sur le terrain à moindres coûts, en évitant la duplication des efforts et d'autre part, de coordonner l'utilisation des fonds et de contrôler les aides extérieures. Toutefois, bien qu'il existe une structure organique du Ministère de la Santé chargée de coordonner les aides extérieures; il n'y a peu de temps que celle-ci a été dotée en personnel, en attendant de bénéficier d'une assistance technique de courte durée pour appuyer l'organisation du service. La gestion des aides est dispersée dans les différents programmes du Ministère. Les aides provenant des fonds de la Banque Mondiale, de l'AID et de la BAD sont coordonnées par la cellule de gestion du PNDS.

5. PROGRAMME DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE PAYS

L'accord cadre entre la Guinée-Bissau et l'OMS a été signé le 14 septembre 1974, mais ce n'est qu'en 1976 qu'un bureau de la Représentation de l'OMS a été ouvert dans le pays.

5.1 Évolution du budget et des activités pendant les trois dernières périodes biennales (1988-2003)

Le programme de coopération 1998-1999 de l'OMS avec le pays selon les stratégies fixées par le plan d'action comprenait 13 domaines d'activité regroupés comme suit :

- Appui institutionnel ;
- Réalisation d'un paquet minimum d'activités ;
- Développement des ressources humaines ;
- Élaboration d'une politique nationale sur l'eau et l'assainissement ;
- Lutte contre les maladies transmissibles ;
- Promotion de la santé de la famille ;
- Politique des médicaments essentiels.

Le budget approuvé était alors d'environ 1,8 millions de US\$ dont 47% étaient destinés à garantir le fonctionnement du bureau de la Représentation (tableau 4). En raison de l'éclatement du conflit militaire de juin 1998 et du transfert provisoire bureau à Dakar, le budget pour les activités de cette période biennale a été presque totalement utilisé pour l'achat de kits d'urgence et de vaccins contre la méningite et la fièvre jaune.

Le budget 2000-2001 se chiffrait à 2.23 millions US\$ dont 35% US\$ étaient destinés au fonctionnement du bureau pays. Les priorités de cette période biennale ont été les mêmes, dont les plus importantes étaient l'éradication de la poliomyélite (Journées Nationales de Vaccinations).

L'exécution de ce budget a été particulièrement difficile en raison de la situation socio-économique et politique du pays. La plupart des cadres de la santé qui sont partis pendant la guerre ne sont pas revenus. Malgré cette situation le pourcentage de réalisation a atteint 80 % des activités prévues dans le budget-programme.

Le Plan d'action 2002-2003 a spécifié comme axes d'intervention la consolidation de l'appui technique aux actions de santé et le renforcement du partenariat pour le développement de la santé avec un budget de 2,3 millions US\$ dont 40 % destinés au fonctionnement du bureau. Jusqu'à la fin de la première année, le taux d'exécution du budget ordinaire dépassait les 60 %. Les domaines stratégiques prioritaires d'intervention continuent à être :

Développement du système et des services de santé;
 Renforcement de la sécurité de la maternité;
 Sécurité sanguine;
 Intégration dans le pays de plusieurs initiatives spécifiques des régions africaines;
 Consolidation de l'Initiative d'éradication de la poliomyélite;
 Contribution pour la santé environnementale;
 Promotion de la santé et de l'investigation en santé;

Tableau 4 : Évolution des domaines d'activité et budgets biennales, 1998/99 et 2002/03 (en US\$).

DOMAINE D'ACTIVITÉ	1998/99	2000/01	2002/03
TCC/REC –Représentation	770 000	775 000	920 000
PIB – Processus de gestion du Programme de développement de l'OMS dans le pays	99 000		
CSR – Surveillance et réponse aux maladies transmissibles		118 000	
CPC – Prévention et lutte contre les maladies transmissibles		150 000	280 000
NCD – Surveillance, prévention, et traitement des maladies non transmissibles			61 000
CEE – Éradication et élimination des maladies transmissibles		62 000	
CAH – Santé de l'enfant et de l'adolescent		15 000	
DHS – Systèmes de santé de district	165 000		
HRH/OSD – Ressources humaines pour la Santé/Systèmes de santé	160 000	352 000	267 000
DAP – Programme d'action pour les médicaments essentiels	50 000		
RPH/RHR – Recherche et développement du Programme de santé génésique	40 000	87 000	140 000
CWS/PHE – Approvisionnement en eau et assainissement	312 000	350 000	360 000
HPR – Promotion de la santé		127 000	100 000
EHA – Situations d'urgence et action humanitaire			10 000
CDR – Lutte contre des maladies diarrhéiques et les IRA	82 400		
TUB – Tuberculose	25 000		
EMC – Surveillance épidémiologique et lutte contre les maladies	65 000		
OCD040 – SIDA/MST	35 000		
OCD – Paludisme	50 000		
OCD – Onchocercose	17 000		
MNH – Santé mentale		21 000	
VAB – Vaccins et autres produits biologiques		60 000	80 000
BCT – Sécurité du sang et technologies cliniques		80 000	75 000
RPC – Politiques et coopération dans le domaine de la recherche		34 000	15 000
TOTAL	1 871 400	2 231 000	2 308 000

Source: OMS/GUB

En analysant l'utilisation du budget programme pour les trois dernières biennales (tableau 5), on constate que les dépenses liées au personnel ont absorbé presque 50% du montant destiné à la Guinée Bissau, suivies des dépenses de formation (locale et à l'étranger) représentant environ 20 %. Pendant le dernier biennal, l'acquisition d'équipements divers a atteint le 3^{ème} rang avec 11.7% du montant du budget régulier. A cela il faut ajouter les équipements hospitaliers (6,2%). L'appui aux activités de planification et de gestion mérite une attention particulière, ce qui fait que cela correspond à 4,6% du montant global. L'amélioration des conditions de fonctionnement des installations du bureau a consommé 4,2% du montant prévu pour 2002/03. Le coût d'acquisition de médicaments, de vaccins et de réactifs s'est élevé à 12.8% pendant la période biennale 2000/01. Il a été de seulement 3.4 % pour la période biennale 2002/03.

Tableau 5 : Exécution des budgets OMS par grands domaines d'utilisation, 1998 - 2002

Désignation	1998 : 99		2000 / 01		2002 / 03	
	Montant	Pourcentage	Montant	Pourcentage	Montant	Pourcentage
Personnel	846.000	47.1%	852.500	40.1%	804.000	40.3%
Équipements/matériel	84.900	4.7%	127.000	6.0%	234.200	11.7%
Formation à l'étranger	79.100	4.4%	207.000	9.7%	97.000	4.9%
Formation locale	114.000	6.3%	95.000	4.5%	118.900	6.0%
Élaboration de documents	8.000	0.4%	41.000	1.9%	29.200	1.5%
Études	37.700	2.1%	78.500	3.7%	65.800	3.3%
Supervisions	57.980	3.2%	32.000	1.5%	34.000	1.7%
Séminaires/réunions (dans le pays)	43.200	2.4%	105.000	4.9%	26.000	1.3%
Séminaires/réunions (à l'étranger)	158.500	8.8%	74.000	3.5%	0	0.0%
Planification/gestion	49.000	2.7%	7.000	0.3%	92.400	4.6%
Logistique/services communs	192.800	10.7%	105.000	4.9%	118.000	5.9%
Activités d'IEC	59.100	3.3%	89.000	4.2%	46.000	2.3%
Médicaments/vaccins/réactifs	52.200	2.9%	272.000	12.8%	68.000	3.4%
Consultations	14.000	0.8%	38.500	1.8%	55.500	2.8%
Amélioration des installations	0	0.0%	0	0.0%	84.000	4.2%
Équipements hospitaliers	0	0.0%	0	0.0%	123.000	6.2%
Total	1.796.480	100.0%	2.123.500	100.0%	1.996.000	100.0%

Source : Bureau de l'OMS en Guinée-Bissau

5.2 Évolution des ressources humaines pendant les trois dernières périodes biennales (1988-2003)

Le bureau de l'OMS a perdu du personnel au long des dernières périodes biennales. Pendant la période biennale 1998/99, il a fonctionné avec le Représentant appuyé par deux professionnels : un ingénieur sanitaire et un médecin planificateur de la santé – qui apportait également un appui à la gestion du PNDS au Ministère de

la Santé - et par quatre NPO (DPC, HEC, HRH et HIP). Pendant la période biennale 2000/01, le bureau est resté sans appui professionnel (P) et sans DPC. Au début de 2002, les résultats des candidatures au poste de NPO/MAL et DPC ont été envoyés à l'OMS/AFRO. En fin 2002, on a procédé au recrutement du NPO, pour appuyer les activités relatives au paludisme, mais le poste de DPC est resté vacant.

En raison du nombre restreint de l'équipe pays et les dimensions du bureau, le HEC, outre ses tâches propres, sert également de point focal pour les programmes de santé et d'environnement : les vaccins, les produits biologiques, les technologies cliniques et les médicaments essentiels. Le HRH sert de point focal pour toutes les activités relatives à l'organisation des services de santé, à la santé génésique, à la santé de l'enfant et de la santé mentale. Le HIP remplit des fonctions spécifiques.

Depuis 2000, grâce à des fonds extrabudgétaires, la Guinée-Bissau bénéficie d'un appui technique dans le cadre de l'Initiative d'éradication de la poliomyélite.

5.3 Appui du Bureau régional et du Siège

En 1998/99, les fonds extrabudgétaires provenant du Bureau régional et du Siège ont servi essentiellement à l'achat de médicaments et de vaccins, dans le cadre de l'aide humanitaire. Pendant les périodes biennales suivantes, ils ont été utilisés surtout pour appuyer des activités spécifiques telles que la surveillance des PFA, l'organisation des JNV et les activités de lutte contre le paludisme (tableau 6).

Tableau 6 : Fonds extraordinaires, provenance et destinations entre 1998/99 et 2002/03

DOMAINES	PROVENANCE	1998/99	2000/01	2002/03
Urgences	AFRO/EHA	95,000.00		
Tuberculose et lépre	Siège	3,288.00		
SIDA	ONUSIDA		80,000.00	
Paludisme	AFRO	10,000.00	40,324.00	93,650.00
Surveillance de la polio.	AFRO/IVD			44,500.00
Surveillance de la polio.	Rotary international		3,000.00	
Surveillance de la polio.	Rotary international	7,000.00		
Surveillance de la polio.	Martina Hingis		10,796.00	
JNV	Rotary international		260,000.00	160,066.00
JNV	Siège		70,000.00	
JNV	Rotary international	200,000.00		
JNV	USAID		10,000.00	
JNV	UNF		10,000.00	
TOTAL		315,288.00	484,120.00	298,216.00

Source : Bureau de l'OMS en Guinée-Bissau

En 2001, AFRO a appuyé le pays par des missions diverses : en février, un consultant pour appuyer le processus de finalisation du PNDS ; en mai, une mission de 3 personnes pour une formation en programmation ; entre mai et juin, 2 consultants pour appuyer le processus de l'analyse de la situation du paludisme en Guinée-Bissau ; et en juillet, un consultant pour la surveillance des postes sentinelles pour l'efficacité thérapeutique des antipaludiques en Guinée-Bissau. Le Siège a financé la mission d'un consultant pour appuyer la mise en œuvre du processus de planification stratégique de la lutte contre le SIDA en Guinée-Bissau ; et en novembre, la mission d'un autre consultant pour appuyer la préparation de la 2^e ronde des JNV.

En 2000, AFRO a envoyé un consultant pour une visite préliminaire et a une réunion d'orientation, afin d'appuyer la stratégie SIDA et un consultant pour une mission d'évaluation du programme lèpre. Le Siège a envoyé deux conseillers pour une mission de certification de l'éradication de la dracunculose.

5.4 Forces, faiblesses et menaces

Parmi les forces de la coopération entre l'OMS et la Guinée-Bissau figurent essentiellement la programmation et l'évaluation conjointe OMS/Gouvernement, dans le cadre du Budget Programme, rendues faciles par les bonnes relations qui existent entre les deux institutions et la confiance accordée à l'OMS par le Gouvernement de la Guinée-Bissau. La légitimité du rôle de l'OMS en tant que conseiller technique du Gouvernement et celui de leadership pour les activités de santé sont reconnus non seulement par le Gouvernement, mais également par les différents partenaires. L'OMS dispose de documents de référence et a une grande capacité de collaboration avec le pays pour la préparation de documents spécifiques aux situations locales. La disponibilité d'une équipe pays, ainsi que la mobilisation d'une assistance technique de qualité, non seulement au niveau locale mais également au niveau international ajoutées à la garantie de disposer de fonds pour les activités prévues dans les plans d'action, témoignent bien de la capacité de coopération entre l'OMS et la Guinée-Bissau.

Naturellement, il existe de nombreuses faiblesses dans le processus de coopération de l'OMS avec le Gouvernement. L'effectif du personnel technique de l'équipe local est insuffisant par rapport aux besoins du secteur. Cela conduit la limitation du partenariat au MINSA. Les actions de l'OMS dans le pays ont une faible visibilité auprès des autres partenaires, cela rend difficile le renforcement de la coopération avec ces derniers. Malheureusement, bon nombre des documents produits par l'OMS ne sont pas disponible en langue portugaise. D'un autre côté, le Bureau régional répond plutôt tardivement à nos requêtes.

La mise en œuvre des actions visant à améliorer la coopération entre l'OMS et la Guinée-Bissau est menacée par l'absence de motivation chez le personnel national, due aux bas salaires, au retards de paiement et à l'existence de facteurs destabilisants, qui créent une situation de gestion difficile. Parmi les facteurs externes au secteur de la santé qui menacent l'efficacité de la coopération, figure manifestement le niveau élevé de pauvreté et d'instabilité dans la sous-région.

6. AGENDA STRATÉGIQUE DE COOPÉRATION ENTRE L'OMS ET LA GUINÉE-BISSAU

En 1997, le Ministère de la Santé a élaboré un plan national du développement sanitaire (PNDS), qui a été mis à jour en 2002 et constitue le cadre de référence pour les interventions dans le secteur, visant à promouvoir la santé des populations, en particulier celle des pauvres. Cependant, la mise en œuvre de ce plan est confrontée à d'énormes difficultés liées aux carences organisationnelles de l'ensemble des structures étatiques et à la faible capacité de l'Etat à financer le secteur santé, qui dépend beaucoup de l'aide extérieure. En conséquence, il y a une instabilité institutionnelle et une démotivation des cadres à tous les niveaux. C'est dans ce contexte que l'OMS se propose d'élaborer sa stratégie de coopération avec le pays. Même si l'environnement actuel est peu favorable, l'OMS, en raison de sa position privilégiée dans le pays a l'obligation de contribuer en tenant compte de ses limites à l'amélioration de l'état de santé de la population guinéenne.

Partant d'une analyse assez complète de la situation et sur la base des attentes du Gouvernement vis-à-vis de l'OMS, trois axes stratégiques ont été identifiés pour faire l'objet de la coopération technique entre la Guinée-Bissau et l'OMS, pour la période 2004-2007. Pour guider son travail, l'OMS privilégiera ses fonctions qui consistent à conseiller, donner des avis, participer à l'élaboration de politiques, adapter et innover des technologies et à appuyer la mise en œuvre des stratégies à grande échelle.

L'appui de l'OMS aux activités de routine à long terme se poursuivra pendant la période biennale 2004-2005, pour soutenir certaines actions en cours, étant donné que le pays se trouve dans une situation de crise, pour être sorti d'une guerre qui s'est terminée au 1^{er} semestre de 1999.

Le bureau en concertation avec le Bureau régional, le Siège et le Gouvernement, pourra procéder à la révision de ce programme stratégique, aux cas où s'opéreraient, dans le pays, des changements politiques et stratégiques fondamentaux exigeant une action et une réponse nouvelles de la part de l'OMS. Les orientations de ce programme se traduiront par des actions concrètes pendant les périodes biennales 2004-05 et 2006-07.

6.1 Renforcement des partenariats pour la santé

La situation de la coopération dans le secteur de la santé est caractérisée par une fragmentation des interventions des divers partenaires. La coordination manque dans les différentes interventions ; il en résulte une concentration d'actions dans certaines zones, au détriment des autres. L'efficacité de ces différentes interventions est généralement faible et il existe une certaine compétitivité entre intervenants, qui donne lieu à la duplication des efforts.

Dans le but de résoudre les problèmes exposés, ci-dessus, le Ministère de la Santé a créé la Direction de la Planification et de la Coordination de l'Aide extérieure (DPCAÉ) qui malheureusement, fonctionne de façon embryonnaire. Cette Direction élabore un Plan opérationnel annuel, qui est présenté aux partenaires pour étude. Ce processus présente des déficiences et requiert une révision approfondie pour en faire un instrument efficace de coordination sectorielle.

L'OMS a un rôle de leadership reconnu par le Gouvernement et par les partenaires, dans le secteur santé, et elle est membre actif du Comité de gestion du PNDS. D'autre part, elle joue un rôle fondamental dans les décisions gouvernementales, stratégiques et opérationnelles concernant les divers secteurs de la santé.

Cet axe stratégique, censé améliorer le processus de coopération dans le secteur santé, s'appliquera aux domaines suivants :

6.1.1 Coordination des actions dans le domaine de la santé

A travers l'organisation de consultations sectorielles, impliquant les divers partenaires, l'intervention de l'OMS dans ce domaine se traduira essentiellement par l'apport d'un appui technique au MINSA, pour renforcer le cadre globale et intégré des interventions dans le secteur, par l'intermédiaire de la DPCAÉ, mais également aux niveaux régional et local. Cet appui aura pour objectifs principaux d'ajuster le Cadre organique de cette Direction à la réalité actuelle, en tenant compte de la nécessité d'un renforcement de la capacité de planification, de coordination et d'accompagnement des interventions et d'une amélioration de la formulation du Plan opérationnel annuel, qui guide les interventions conformément aux besoins du pays.

L'appui technique et financier au MINSA, pour la mobilisation des ressources destinées à la mise en œuvre du plan opérationnel annuel de la DPCAÉ, nécessitera la participation des partenaires à la formulation du plan et à sa promotion auprès des ministères et des agences bilatérales et multilatérales de coopération et auprès des ONG.

En outre, elle appuiera la création de mécanismes qui favoriseront l'échange d'informations sur le processus de coopération mis en œuvre par les divers partenaires, et garantiront le plaidoyer auprès de ces derniers, dans le but d'améliorer la gestion des aides extérieures et la coordination des interventions.

6.1.2 Contribution intersectorielle

L'intervention de l'OMS dans ce domaine favorisera le plaidoyer auprès des différents ministères et des autres intervenants, en particulier les ONG's et les associations communautaires pour la coordination et la création de cadres de concertation liés aux domaines multisectoriels d'intervention. Les domaines prioritaires et les directives seront

général, par conséquent être impliqués, en tenant compte de leurs responsabilités respectives dans le pays. Par exemple, les domaines qui nécessitent un renforcement de collaboration sont : l’assainissement, la santé maternelle, les aliments, la lutte contre certaines maladies telles que le paludisme et le VIH/SIDA et la gestion des épidémies et des zoonoses. Ces mécanismes devront favoriser un échange d’information et d’expériences, ainsi que des stratégies de mise en œuvre conjointe.

L’OMS fournira également un appui technique à la Direction de l’Information, éducation et formation de la Direction Santé (DIEC) du MINSA, pour l’élaboration d’une politique nationale de santé et du plan de mise en œuvre y afférent dans le processus du dialogue à la formulation de cette politique comprendra la réalisation d’une analyse de la situation dans ce domaine, basée sur une large consultation avec les divers programmes et sur la définition des domaines prioritaires. Un partenariat avec le réseau de radios communautaires du pays pour la production et la divulgation des messages de promotion de la santé recevra une attention particulière.

La coopération avec les ONGs et communautaires pour la définition et l’exécution des activités à faible coût, utilisant une technologie simple ayant un impact significatif dans la vie des populations sera encouragée comme alternative pour une généralisation des interventions.

Pour le renforcement de la collaboration entre les secteurs public privé, y compris la médecine traditionnelle, le MINSA sera appuyé techniquement par l’élaboration d’un plan de développement et de formulation de mécanismes de régulation et de contrôle, qui permettront la participation organisée du secteur privé au Système national de santé du pays.

6.2. Amélioration de l’action du système des services de santé

Le renforcement du système des services de santé, dans le but d’améliorer son action, est une condition indispensable pour atteindre les objectifs fixés par l’État et pour répondre aux besoins des populations, en leur fournissant des soins de bonne qualité technique, sûres et accessibles.

Le Gouvernement a essayé de se doter d’instruments de gestion, normatifs et stratégiques, en mettant l’accent sur l’élaboration, en 1997, du Plan national de développement sanitaire (PNDS), qui vient d’être actualisé pour la période 2003-2007. Les plans opérationnels régionaux sont élaborés tous les ans et soumis aux partenaires de financement et appui à la mise en œuvre de leurs activités. La mise en œuvre de l’Institut de Santé (IPS) se trouve en phase d’expansion, et a pour objectif d’élargir la portée de financement et la participation communautaire à la santé. En outre, dans le cadre de réduction de la pauvreté, une stratégie nationale a été élaborée, dans laquelle les problèmes de santé apparaissent comme une composante qui permet d’améliorer les conditions de vie des populations.

A cet effet, pour appuyer l'action du système des services de santé, l'OMS dispose d'une grande expérience dans les domaines suivants: (1) renforcement des capacités techniques, des attitudes, des compétences et de l'efficacité des professionnels de la santé; (2) développement de mécanismes de gestion sanitaire, y compris l'opérationnalisation des Équipes régionales de santé (ERS); (3) échange d'expériences sur la gestion sanitaire; (4) recherche-développement sur les systèmes d'information sanitaire en santé; (5) élaboration de guides, normes et stratégies, visant à améliorer le système de santé.

Pour concrétiser cet appui, l'OMS en Guinée-Bissau a choisi les domaines prioritaires suivants pour lesquels des stratégies d'intervention seront définies :

6.2.1 Développement des ressources humaines

Face aux besoins quantitatifs et qualitatifs en ressources humaines, l'OMS fournira un appui technique au MINSA pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de formation de base à l'intention des sages-femmes, afin d'augmenter la couverture nationale de cette catégorie professionnelle. Il est également prévu d'appuyer l'élaboration d'un « plan intégré de formation continue » pour les agents de santé, basé sur les besoins identifiés dans les régions ; ce plan sera élaboré conjointement par les diverses institutions qui interviennent dans des domaines spécifiques de la santé, de manière à intégrer les besoins similaires dans des cours intersectoriels.

Compte tenu du rôle important que la motivation des techniciens représente pour la performance du système, l'OMS développera un plaidoyer auprès du Gouvernement et des partenaires pour définir et exécuter des modalités pour subsidier à la fixation du personnel dans les zones isolées.

6.2.2 Organisation de soins intégrés de qualité en faveur de la femme

Face à la situation précaire de la santé de la femme en Guinée-Bissau, due à diverses raisons, dont les plus saillantes sont non seulement celles liées à la prestation de soins de santé en général ou de soins inhérents à la maternité mais également à celles liées à la répartition inégale des services spécifiques par rapport aux régions et à l'objectif général de garantir la grossesse à moindre risque, l'OMS envisage d'entreprendre un plaidoyer auprès des partenaires, pour étendre les activités de la santé génésique aux zones non couvertes et d'appuyer le MINSA dans l'amélioration de la qualité des services de planification familiale, des soins pré et post-natals et à l'accouchement, ainsi que dans l'amélioration des conditions d'évacuation dans les zones non couvertes par les partenaires.

L'OMS devra, en collaboration avec les autres partenaires, chercher des solutions aux graves problèmes du pays relatifs aux infrastructures, au manque de services de base (eau, électricité, réseau d'égouts et de résidus hospitaliers) dans les installations sanitaires.

6.2.3 Politique et gestion des médicaments

Bien qu'actuellement il ne soit pas très difficile de s'approvisionner en médicaments essentiels dans le pays, on constate des problèmes d'organisation et de gestion de ce bien essentiel qui influent sur le fonctionnement du système et sur l'efficacité de la réponse aux besoins en matière de santé. A cet effet, la stratégie de l'OMS devra appuyer techniquement et financièrement, le MINSA dans l'élaboration d'une politique pharmaceutique nationale et dans la formulation d'une stratégie pour la mise en œuvre de cette politique. En outre, il sera fourni un appui technique à la gestion des médicaments au niveau central et, ainsi qu'au renforcement des capacités de développement du corps de l'inspection pharmaceutique.

L'OMS s'efforcera également, en collaboration avec le MINSA et avec les partenaires, de raviver la Commission nationale des médicaments.

6.2.4 Renforcement du système d'information sanitaire (SIS)

Le système d'information sanitaire est un instrument important pour la mise en œuvre du SNS, mais il se trouve que celui qui est actuellement utilisé en Guinée-Bissau présente des faiblesses qui compromettent son efficacité. La stratégie de l'OMS visera à mettre à la disposition du pays un SIS bien plus adapté à la situation du pays, permettant d'appuyer techniquement le MINSA dans l'élaboration et la mise en œuvre, au niveau national, d'un système de surveillance intégrée des maladies et de prévision de réponses adéquates (y compris un réseau de laboratoires), dans l'élaboration du plan stratégique national d'information sanitaire, mettant un accent particulier sur le renforcement des capacités d'analyse et d'utilisation des informations à tous les niveaux, et permettant d'obtenir l'appui des partenaires pour sa mise en œuvre.

6.3 Lutte contre les maladies prioritaires

Un nombre réduit de maladies est responsable de la majorité des cas de mortalité et de morbidité ; cela contribue considérablement à aggraver l'état de pauvreté dans le pays. En raison de l'immense demande de prestation de services hospitaliers et de personnel de santé en général, lesdits services se trouvent surchargés, avec un part d'assistance en deçà de la capacité requise. Des interventions efficaces de lutte contre ces maladies permettraient de réduire le poids de ces dernières sur le fonctionnement du système de santé. Comme le Gouvernement reconnaît l'importance stratégique des actions de lutte contre ces maladies, il a élaboré des plans stratégiques pour chacune de ces situations. Le pays est présentement en train de préparer sa requête au Fonds mondial, qui constituera un élément fondamental de mobilisation de ressources pour la mise en œuvre des plans stratégiques existants.

Il importe de préciser que la lutte contre ces maladies ne doit pas se limiter aux aspects purement curatifs, mais tenir compte des aspects préventifs. Par exemple, le paludisme est intimement lié à la propagation des vecteurs dans les eaux de surface, où on ne combat pas cette propagation. De même, un grand pourcentage de cas des maladies diarrhéiques se produit en raison du manque d'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement adéquats, ainsi qu'à l'absence de comportements d'hygiène qui empêcheraient la transmission des agents infectieux.

L'amélioration du système national de santé contribuera à une meilleure productivité, une meilleure activité économique et financière du pays et au bien-être général de la population.

L'OMS a une longue expérience de la lutte contre les maladies qui affectent les pays en développement. Les efforts de l'OMS pour l'éradication de certaines maladies ont été entièrement couronnés de succès, comme la variole et, celle de la poliomyélite de l'onchocercose et de la dracunculose se poursuivent de manière encourageante. Des protocoles ont été élaborés pour la prévention et le traitement de la majorité des maladies qui affectent la Guinée-Bissau. L'OMS dispose d'un vaste réseau d'agences collaboratrices dans le monde entier. Ce réseau peut être invité à répondre aux requêtes des États membres. Les deux autres niveaux de l'OMS (AFRO, Siège) possèdent également une capacité technique considérable qui peut être mobilisée en faveur du pays. L'OMS a la capacité de mobiliser des ressources provenant d'initiatives mondiales, régionales et locales (Faire reculer le paludisme/FRP, Arrêter la tuberculose, Initiative AFRIQUE 2000, etc.).

Afin de guider l'appui de l'OMS à la Guinée-Bissau dans la lutte contre les maladies prioritaires, on a identifié les domaines d'interventions suivants :

6.3.1 Maladies transmissibles

Compte tenu de l'origine de certaines maladies transmissibles liées à l'absence des conditions de base (eau potable, assainissement de base, propagation de vecteurs de maladies), l'OMS devra collaborer avec le MINSA et d'autres secteurs en vue de minimiser ces problèmes. Les responsabilités des divers acteurs dans la prévention des maladies transmissibles devront être définies dans le cadre du Plan national de développement ou d'un instrument équivalent. L'OMS devra participer à la définition de son rôle dans ces actions qui sont d'importance stratégique pour l'amélioration des conditions de santé dans le pays.

L'OMS fournira un appui technique au MINSA, en collaboration avec les autres partenaires, pour la mise en œuvre de la stratégie de Surveillance intégrée des maladies de l'enfance (SIDE), en fournissant un traitement aux enfants qui se présentent dans une unité de santé, ainsi que des moyens de prévention contre les autres maladies de l'enfance. L'OMS contribuera surtout à la formation du personnel aux différents niveaux du système de santé.

Afin d'assurer la continuité de son appui dans l'élaboration des stratégies de lutte contre le paludisme, le SIDA et la tuberculose, l'OMS fournira un appui technique au renforcement des capacités de mise en œuvre des programmes y afférents.

L'OMS assistera le MINSA dans les actions visant une plus grande participation des communautés dans l'amélioration de leur état de santé, surtout par la lutte contre certaines maladies transmissibles. Cette participation communautaire comprendra des actions dont l'objectif sera d'améliorer les installations d'eau dans la communauté, de favoriser la construction, l'utilisation et l'entretien de latrines, y compris dans les écoles, et de participer à la gestion des centres de santé, ainsi qu'à la diffusion de messages de promotion de santé. Ces actions seront basées sur l'Initiative de Bamako pour la promotion communautaire de la lutte contre les maladies.

6.3.2 Maladies non transmissibles

Bien que les maladies non transmissibles ne figurent pas sur la liste des priorités du pays, elles représentent une préoccupation majeure pour l'OMS, en raison de leur poids relativement important dans le cadre général de la situation de la santé en Guinée-Bissau, ainsi que des signes de leur accroissement. L'OMS aidera le MINSA à analyser la situation et à élaborer des stratégies de lutte contre ces maladies, surtout celles qui paraissent plus préoccupantes.

6.3.3 Gestion et réponse aux urgences

Il existe des déficiences graves dans la coordination des actions de gestion et de réponse aux urgences dans le pays, reconnues par les divers partenaires chargés de cette question. Il est envisagé d'élaborer un Plan national de gestion et de réponse aux urgences, qui sera coordonné par l'institution nationale éventuellement chargée de cette activité. L'OMS prendra part au processus de sensibilisation et de plaidoyer au niveau le plus élevé, sur la nécessité de développer cette activité, ainsi qu'à l'élaboration de ce processus.

L'OMS fournira également un appui technique au MINSA, dans la définition de son rôle dans les situations d'urgence et de catastrophes et dans la préparation de la composante santé d'une stratégie d'intervention, face à ces situations, conforme aux besoins et à la réalité du pays.

7. IMPLICATIONS POUR L'OMS

L'OMS devra réviser ses mécanismes et stratégies de coopération et conformer la disponibilité actuelle des ressources aux besoins spéciaux découlant de l'adoption de cette stratégie. L'OMS devra concentrer ses actions dans les domaines prioritaires, définis conformément aux instruments stratégiques nationaux en vigueur ; cela permettra l'optimisation des ressources existantes et un meilleur rapport coût-efficacité, et contribuera ainsi de manière substantielle à une plus grande efficacité de ses interventions pour améliorer le système de santé du pays.

Il faudra mobiliser davantage de ressources au sein de l'OMS, afin de pouvoir produire un impact substantiel sur le système de santé de la Guinée-Bissau. Les ressources disponibles au niveau du bureau national devront être réorientées, afin que les domaines prioritaires identifiés dans cette stratégie puissent être traités de manière correcte et efficace.

7.1 Implications pour le bureau pays de l'OMS

7.1.1 Organisation de la représentation

La structure organique devra être analysée et ajustée aux nouvelles exigences identifiées dans cette stratégie. Il faudra compléter l'effectif actuel du personnel du bureau national, non seulement sur le plan administratif mais également sur le plan technique. Il faudra redéfinir le profil du personnel actuel et l'analyser à la lumière des profils requis, définis conformément à cette stratégie. En fonction de cette analyse, il faudra mettre en œuvre des programmes de formation menant à une adéquation des profils existants et éventuellement au recrutement de personnel, afin de combler les lacunes identifiées. Dans l'immédiat, il faudra accélérer le recrutement d'un consultant dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les maladies (DPC), pourvoir le poste de consultant pour la santé environnementale (poste d'ingénieur sanitaire CWS) et commencer à recruter du personnel pour renforcer l'administration (administrateur/logistique).

En raison de l'interdépendance entre les divers programmes de l'OMS en Guinée-Bissau, il faudra renforcer les mécanismes qui permettent un échange d'informations et d'expériences entre ces différents domaines techniques, et renforcer le développement d'activités conjointes et l'utilisation de la complémentarité entre les divers domaines d'intervention.

7.1.2 Programmation et budget

On a identifié cinq maladies prioritaires (paludisme, maladies diarrhéiques aiguës, IRA, IST/VIH/SID et tuberculose), ainsi que des problèmes liés à la santé génésique et à la coordination des partenariats, qui mériteront une concentration spéciale des efforts et des ressources de l'OMS en Guinée-Bissau. Le budget pour la période

biennale 2004/2005 devra concentrer 75% du total attribué au pays pour la mise en œuvre de programmes permettant de lutter efficacement contre ces maladies, y compris les actions requises pour une meilleure surveillance épidémiologique. Les divers partenaires de l'OMS, y compris les autres ministères intervenant dans le secteur santé, devront être impliqués et familiarisés à la nouvelle stratégie de l'OMS.

Il faudra définir et mettre en œuvre des actions qui favoriseront une meilleure mobilisation de ressources financières pour l'exécution des programmes émanant de cette stratégie. Il faudra procéder à des consultations sectorielles, afin d'examiner la possibilité d'organiser dans le pays une réunion des agences de coopération dans le secteur santé. L'objectif principal de cette réunion sera de mobiliser les ressources supplémentaires exigées par la nouvelle stratégie de l'OMS.

7.2.3 Aspects logistiques

Bien que des réformes importantes aient été effectuées au bureau national, par rapport au bâtiment proprement dit, à l'équipement informatique, aux meubles, au changement de véhicules, etc., il faudra encore acquérir des équipements importants, afin d'améliorer le rendement du personnel local. Un autre aspect important à prendre en compte est l'efficacité des services d'entretien de l'équipement existant qui est compromise, par la faible qualité des services fournis localement.

En raison de l'irrégularité de l'approvisionnement en énergie électrique par le réseau public local et des problèmes de fonctionnement des groupes électrogènes disponibles dans les locaux de l'OMS, il sera important de procéder à une évaluation des conditions existantes et de définir les actions requises pour résoudre le problème.

7.1.4 Information, documentation et communication

La mise en œuvre de la nouvelle stratégie de l'OMS pour la Guinée-Bissau, exigera la mise en place d'un système d'information qui accompagnera la mise en œuvre des activités prioritaires décrites dans les sections précédentes. Ce système devra comporter non seulement un accompagnement de la mise en œuvre des programmes, mais également des indicateurs de santé relatifs à ces programmes.

Dans l'ensemble, l'OMS dispose d'une quantité considérable de guides et de documents sur les bonnes pratiques, d'articles sur des thèmes importants pour le secteur santé, de Cd-rom qui renferment une quantité extraordinaire de matériel technique, etc. Une bonne part de ce matériel est disponible en langue portugaise. Dans le cadre de cette nouvelle stratégie, l'OMS renforcera son centre local de documentation, afin que ce service soit offert aux diverses institutions nationales et aux partenaires locaux. En outre, les documents très importants pour le pays, mais qui ne sont pas disponibles en portugais pourraient être traduits selon les besoins exprimés par les partenaires

nationaux et selon les disponibilités. D'autres pays lusophones seront contactés en vue d'échanger des informations sur la documentation disponible en langue portugaise.

Les installations de communication existantes ne permettent pas l'accès au système Intranet de l'OMS. Les ordinateurs qui permettent l'accès à l'Internet sont peu nombreux, si bien qu'il est difficile d'utiliser le système de courrier électronique qui est un outil de travail indispensable dans le monde actuel. L'OMS en Guinée-Bissau déploiera tous les efforts nécessaires pour mettre en place un système de réseau qui facilitera l'échange local d'informations. Dès que l'accès à l'Internet sera régularisé et fonctionnera normalement, il faudra créer une page *Web* pour le bureau local, cela permettra une diffusion rapide des programmes, des indicateurs, des documents, etc., auprès de tous les partenaires locaux et internationaux.

7.1.5 Renforcement des capacités techniques et de gestion

Le niveau de formation des employés de l'OMS en Guinée-Bissau devra répondre aux besoins exigés par la nouvelle stratégie. Il faudra initier des programmes de formation en informatique (traitement de texte, feuille de calcul, base de données), en gestion des programmes, en anglais et en techniques spécifiques.

7.2. Implications pour le Bureau régional et pour le Siège

Le Bureau régional et Genève devront fournir une assistance technique aux programmes locaux, conformément aux besoins identifiés dans le processus d'élaboration de ces programmes.

Il faudra promouvoir un programme d'échange des expériences au niveau du pays, entre le personnel des diverses représentations de l'OMS, non seulement dans la région africaine, mais aussi dans les autres régions. Ces deux niveaux joueront un rôle important dans la mobilisation de ressources financières et humaines pour la mise en œuvre des programmes issus de cette stratégie.

8. CONCLUSION

L'élaboration d'une stratégie de coopération entre l'OMS et la Guinée-Bissau est l'aboutissement d'un processus participatif qui a impliqué les principaux partenaires nationaux et internationaux intervenant dans le domaine de la santé.

La situation particulière de la Guinée-Bissau exige que l'OMS de forger un partenariat solide: international bi et multilatéral, visant une meilleure coordination et mobilisation de l'aide au développement du secteur; partenariats internes basés sur une approche globale, multisectorielle avec un engagement progressif de la communauté et ses organisations dans la promotion de leur propre santé.

L'OMS, grâce aux trois axes de son programme stratégique : (i) renforcement des partenariats en faveur de la santé ; (ii) amélioration de l'action du système de santé et (iii) lutte contre les maladies prioritaires envisage de continuer à appuyer le Gouvernement afin d'accompagner ses efforts pour améliorer les conditions de vie des populations.

Compte tenu de la situation économique et sociale difficile au quelle le pays est confronté, cette stratégie, bien qu'ambitieuse, sera viable dans la mesure où les autres partenaires et le MINSA s'efforceront de la mettre en œuvre, de manière déterminée et coordonnée. L'option prise par l'OMS pour accroître l'efficacité de ses interventions dans le pays consiste à se concentrer sur un nombre limité de priorités, à réviser sa méthode de travail, à renforcer les capacités techniques et de gestion de son personnel et à améliorer ses conditions de travail.

La mise en oeuvre de la SCP sera basée sur les plans du travail annuels, les contributions des autres niveaux de l'Organisation, l'utilisation rationnelle des ressources existantes et la mobilisation de ressources additionnelles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé Publique de la Guinée Bissau, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) (1998-2002, mis à jour pour 2003-07), Bissau, 1997.
2. OMS; Programme Général de Travail, 2002-2005. Genève, 2001
3. OMS. Cadre stratégique de coopération technique avec les États membres de la région africaine Genève, 2000
4. OMS. EB 105/3 Stratégie institutionnelle du Secrétariat de l'OMS Genève, 200
5. OMS. Budget Programme 2002-2003, Genève, 2001
6. INEC. Evaluation de la pauvreté en Guinée-Bissau 2001-2002, 2002.
7. PNUD. Rapport Mondial sur le Développement Humain Durable, New York, 2001
8. Secrétariat d'État auprès du Parlement & UNICEF, Enquête en grappe à indicateur multiple (MICS), Bissau, 2000
9. SYLLA, M. B. Évaluation de la pauvreté en Guinée-Bissau 2001-2002 INEC, 2002
10. PNUD. Mémoire de la Guinée-Bissau. Troisième Conférence des Nations Unies sur les Pays les moins avancés : Mortalité maternelle en Guinée-Bissau – Dimension, causes et facteurs de risque. 2002
11. Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2001-2005, 2001
12. Ministère de la Santé Publique. Santé et pauvreté en Guinée-Bissau ; progresser vers les objectifs internationaux dans le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, 2002
13. Ministère de la Santé Publique. Plan national stratégique de lutte contre le SIDA (PSNLS), 2002
14. Ministère de la Santé Publique, Plan de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PDRHS), 1997
15. PNUD, Mémoire de la Guinée-Bissau. Troisième Conférence des Nations Unies sur les Pays les moins avancés: Mortalité maternelle en Guinée-Bissau – Dimension, causes et facteurs de risque, 2002
16. Projet de Santé de Bandim/ PSB. Étude sur la malnutrition dans les quartiers de Bissau, 2001

ANNEXE 1 : DESCRIPTION DU PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA SCP

1. Phase préparatoire

Le bureau pays de l'OMS a organisé, le 25/02/03, une réunion d'information avec l'Équipe pays sur le processus de la SCP. Le bureau a également organisé une réunion sur la stratégie avec les responsables du MINSA, le 03/03/03. L'équipe de travail de la SCP est composée des éléments suivants: les membres du bureau pays de l'OMS, dont le point focal est l'Économiste en Santé (HEC) et 4 représentants du MINSA (le Directeur général de la Santé publique, le Directeur des soins de santé primaires, le Directeur de la Planification et de la Coopération de l'Aide extérieure, le Consultant du PNDS en Planification).

Collecte des documents de référence nécessaires pour l'élaboration de la SCP.

Préparation de la 1^e mission : Échange d'informations avec l'OMS/AFRO par e-mail.
Préparation du calendrier de la première mission.

2. Première mission – du 22 au 31 mars 2003

- Présentation du processus de la SCP aux agences du Système des Nations Unies et aux autres partenaires :
- Organisation de la réunion et des sessions d'information au bureau de l'OMS/ Pays.
- Organisation de 22 sessions d'entretiens avec différentes institutions (3 du Gouvernement, 5 des partenaires bilatéraux et multilatéraux, 6 des agences du Système des Nations Unies, 7 des ONG nationales et internationales et de la Commission permanente ANP).
- Visite de courtoisie à Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé.
- Participation à la réunion de suivi du Comité de gestion du PNDS.
- Organisation, à l'Hôtel du 24 Septembre, de la réunion de restitution présidée par le Ministre de la Santé, avec la participation des partenaires et cadres du MINSA.
- Élaboration du programme de travail pour la période entre les deux missions.

3. Période entre les deux missions

- Continuation des entretiens avec les partenaires (UNICEF et Communauté St Eglise)
- Consolidation du document d'analyse de situation, en particulier les sections 3, 4 et 5
- Travail interne (échange d'informations) entre l'OMS/AFRO et l'OMS/Pays
- Distribution du document aux partenaires nationaux et internationaux, avec les commentaires respectifs
- Préparation de la 2e mission

4. Deuxième mission : du 18 au 31 mai 2003

- Révision et analyse de situation
- Identification et développement des axes stratégiques
- Identification des implications du programme stratégique pour l'OMS
- Rédaction de la conclusion et des annexes du document de SCP
- Révision conjointe du document
- Organisation d'une réunion de restitution du document de SCP au MINSA et aux partenaires

5. Période de l'après mission

Distribution du document et consolidation de son contenu

6. Révision et adoption du document

Envoi du document à l'OMS/AFRO pour révision et adoption.

ANNEXE 2 : LISTE DES INSTITUTIONS ET PERSONNALITÉS CONTACTÉES

SERVICES/ORGANISATIONS	PERSONNEES CONTACTEES
Ministère de la Santé Publique	M. Antonio Serifo Embalo, Ministre de la Santé Dr Julio César Sa Nogueira, DNSP M. Roberto Caheu, DGPC Dr. Paulo Djata, DGPC M. Agostinho Biague, DGPC Mme D. Ilda Mateus dos Santos, PNDS M. Alfa Umara Djalo, Consultant PNDS
ALTERNAG/CIDA-SIDA	Mme D. Isabel de Almeida, Directrice exécutive
Assemblée Nationale du Peuple	M. Fausto José Mendes, 2 ^{ème} Vice Président M. Antonio Sani, Conseiller
Ambassade du Brésil	M. Amarante Miranda, Relations Publiques
Ambassade de Chine	M. Chand Hexi, Conseiller économique
Plan Guinée Bissau	M. Rezène Tesfamarian, Représentant résident M. Iaia Embalo, Programme Santé
PNUD	M. Albéric Kacou, Représentant résident M. Martim de Faria e Maya, Représentant adjoint Mme D Camila de Epalza Azqueta, Responsable VNU
Ministère Économie et Finances	M. Carlos Andrade, Conseiller du Ministre M. Pedro Lopes Junior, Conseiller Ministre
Institut Femme et Enfant	Mme D. Martina Moniz, Présidente Mme D. Antonia Mendes Teixeira, Secrétaire exécutive
CARITAS	Père Alberto Zamberletti, Directeur
PAM	M. Herman Hannes Stegeman, Assistant technique Mme D. Nicole Jacquet, Chargée de Programme
Ambassade du Portugal	M. José Carlos Sa, Responsable santé
PSI	M. Antonio Jorge de Carvalho, Ambassadeur
UNOGBIS	M. José Carlos Sa, Directeur Marketing
Union Européenne	M. David Stephen, Représentant spécial NU
Coopération Française	Mme. Christina Fernandes, Information
Siniam Mira Nassiqué	M. Christophe Lanièce, Chef Mission
AGUIBEF	Mme D Maria Augusta Rodrigues Baldé Mendonça, Présidente M. César Rodrigues, Secrétaire exécutif M. Mamadu Bamba, Coordinateur Projet
FNUAP	Mme Marlène François-Lays, Représentante
UNICEF	M. Sergio Guimaraes, Représentant
Communauté Ste Egidio	M. Eduardo Monteverde, Représentant
FAO	M. Sotondji Norbert Dozogbo, Représentant

ANNEXE 3 : LISTE DE PRÉSENCE A LA RÉUNION DE RESTITUTION DU 27/05/03

Prénom & Nom	Institution	Fonction
Eduardo Monteverde	Communauté St Eugide	Représentant
Lamarana Djalo	Ministère Économie et Finances	Technicien social
José Silva Pereira	Ambassade Portugal	Attaché de Coopération
Candida G. Lopes	UNFPA	NPPPP/SR
Camila De Espalza	PNUD	POUNV
Amarante Miranda	Ambassade Brésil	Assistant Technique
Maria A. Costa Pereira	École Nationale Santé	Professeur
Clotilde Neves	MINSAs	DRH
Helder A. Lopes	MINSAs	DSF
Ilda M. dos Santos	MINSAs	PNDS
Alfa Umaro Djalo	MINSAs	PNDS
Barros Banjai	SEERN	DGRH
Miguel M Viera Baldé	IMC	Technicien GEP
Maria Theresa Martins	SMN	Consultante
Manuela Ribeiro	OMS	AFA
Livramento Barros	MINSAs	DIEC
Agostinho Biague	MINSAs	DPCAE
Malan Dramé	OMS	HEC
Vitoria Ginja	PAM	Représentante
Mbam Diarra Ndouré	UNOGBI	SPAO
Karim Akadiri	UNICEF	Coordinateur Programme
Roberto Cacheu	MINSAs	DGPC
A. P. Delgado	OMS	Représentant
Saidou P. Barry	OMS/AFRO	Unité CAS
José Hueb	OMS/HQ	DPEH
Carlos Cadelo	Ambassade Cuba	Ambassadeur
César Rodrigues	AGUIBEF	Directeur
Mamadu Baldé	CIDA/ALTERNAG	
M. Augusta Biai	OMS	HRH

