La pauvreté s’est aggravée ces dernières années en Guinée

écrit par GuineePolitique© | 17 avril 2018

Dans une approche pédagogique, la rédaction de guineepolitique.com juge nécessaire de republier par thématique les différentes parties du document intitulé **: Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020**, élaboré par le gouvernement guinéen. Cette démarche journalistique se fixe pour objectif la facilitation de la lecture, la compréhension et l’appropriation dudit document par les populations guinéennes, pouvant servir d’éléments d’appréciations des actions gouvernementales en confrontant l’information officielle à celle indépendante.

En dépit des énormes potentialités naturelles de la Guinée, la majorité de sa population reste confrontée à des conditions de vie difficiles. En plus de ce qu’aucune cible des OMD n’a été atteinte, la pauvreté s’est aggravée ces dernières années tant dans sa composante monétaire que dans sa composante multidimensionnelle fragilisant le développement humain du pays. Cette section fait le bilan de la mise en oeuvre de l’axe 2 « lutte contre la pauvreté, poursuite des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et valorisation des

ressources humaines ». Elle est organisée en trois sous-sections : (i) le profil de la pauvreté ; (ii) les impacts socio-économiques d'Ebola ; et (iii) le bilan des OMD.

Profil de la pauvreté

Selon les résultats de l'ELEP-2012, plus de la moitié (55,2%) des guinéens vit en-dessous du seuil de pauvreté monétaire. Quant à la pauvreté multidimensionnelle, elle touche 60,7% de la population en particulier les femmes et les enfants (*INS & World Bank 2016*). Ce qui signifie qu'environ trois cinquièmes de la population guinéenne (soit 7,5 millions de personnes) souffrent de privations multiples en termes de biens durables et de services sociaux de base (éducation, eau potable, assainissement, électricité, logement, etc.).

Ces chiffres globaux cachent de fortes disparités entre les régions et les milieux de résidence. La pauvreté multidimensionnelle est plus présente en milieu rural (89,3%) qu'en milieu urbain (18,6%). En dehors de la région de Conakry (5,8%), toutes les autres régions enregistrent chacune une proportion élevée de populations confrontées à des multiples privations (cf. Graphique 1, ci-dessus). En particulier, les régions de Labé, Mamou et Faranah sont affectées à plus de 75% par la pauvreté multidimensionnelle.

Même si les résultats des enquêtes nationales indiquent, une baisse de l'incidence de pauvreté multidimensionnelle de 71,5% en 2002 à 60,7% en 2014 (cf. Graphique 2, plus bas), le nombre d'individus vivant dans cette situation a plutôt augmenté sur la période considérée, passant de 6,07 millions en 2002 à 7,5 millions d'individus en 2014.

Quant à la pauvreté multidimensionnelle chez les enfants, l'analyse montre que la quasi-totalité des enfants (97,1%) de 0 à 17 ans sont privés dans au moins une dimension et que

presque un enfant sur deux (47,3%) est privé dans au moins 3 dimensions dont : éducation, eau et assainissement.

En termes d'évolution, il ressort des enquêtes sur les conditions de vie des ménages une tendance à l'aggravation de la pauvreté monétaire dont l'incidence est passée de 49% en 2002 à 53% en 2007 puis à 55,2% en 2012. Ce qui signifie que la proportion des individus vivant avec des revenus inférieurs au seuil de pauvreté (estimé à 1,25 dollars par jour et par personne en 2012) s'est accrue sur la période 2002-2012 en Guinée.

Impacts d'Ébola sur la pauvreté

Même s'il n'existe pas de valeurs actualisées des indices de pauvreté après l'épisode d'Ebola, les résultats de l'enquête téléphonique sur les impacts socio-économiques de la MVE, réalisée en 2015, (cf. Encadré 2, ci-dessous), suggèrent une aggravation de la pauvreté monétaire.

La Guinée a enregistré 3 678 cas dont 2 388 décès, soit un taux de létalité de 65%. La quasi-totalité des régions sanitaires (7/8) et des districts sanitaires (31/38), ont été touchées par la MVE. L'épidémie de la MVE a eu un impact non négligeable sur l'utilisation, l'accès et l'offre des services sociaux de base, dégradant encore plus des indicateurs sociaux déjà alarmants. Les femmes sont plus exposées à la maladie du fait de leur rôle comme dispensatrices de soins. Les enfants sont plus exposés aux risques d'exploitation et de travail dans les zones affectées, à cause de la baisse de la fréquentation scolaire, mais aussi aux risques de traumatismes psychologiques bien souvent ignorés, et de vulnérabilité accentuée par le fait que ces enfants ont souvent perdu un ou deux de leurs parents. Quant au marché de l'emploi, plus de 2 000 emplois ont été détruits. L'épidémie a aussi eu un impact négatif sur l'entraide sociale, et a entrainé la

stigmatisation des ménages contaminés mais aussi des malades guéris.

Pour enrayer la MVE, le Gouvernement a mis en place un plan national de riposte avec les objectifs stratégiques ci-après : (i) interrompre la chaîne de transmission communautaire sur l'ensemble du territoire national, (ii) stopper l'apparition en Guinée de nouveaux cas de contamination internes ou importés, (iii) renforcer le système national de santé (offre de soins, surveillance et prévention des épidémies).

Bilan des OMD

Comme tous les autres documents de référence, le Plan Quinquennal a pris en compte les huit (8) Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Dans le cadre de sa mise en oeuvre, les résultats ci-après ont été enregistrés, OMD par OMD.

OMD1 : « Réduire l'extrême pauvreté et la faim »

En termes de résultats l'objectif de réduire l'extrême pauvreté n'a pas été atteint (cf. Sous-section 1.1.2.1). Le taux d'emploi est élevé (66,5% en 2012), reflétant la prédominance des emplois précaires (indépendants et aides familiaux) sur le marché du travail. En matière de lutte contre la faim, la situation reste aussi préoccupante au vu des taux de malnutrition élevés dans le pays. 17% de la population totale sont en insécurité alimentaire et plus de 0,5% sont en insécurité alimentaire sévère. Les régions les plus touchées, sont : Kindia, N'zérékoré, Boké, Kankan, Labé et Faranah. Plus de la moitié des personnes en insécurité alimentaire sont à Labé et N'zérékoré.

Selon l'enquête démographique de 2012, plus de sept enfants sur dix (77%) sont atteints d'anémie ; et dans l'ensemble du pays, seulement 41% des enfants de moins de cinq ans ont reçu des suppléments de vitamine A. Les différentes formes de

malnutrition ont des conséquences néfastes et parfois irréversibles sur la santé, la survie, le développement des capacités cognitives de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que sur les capacités productives, reproductives et intellectuelles à l'âge adulte.

L'enquête SMART, de 2015 a révélé qu'en Guinée, 25,9% des enfants âgés de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique (modérée et sévère) dont 16,7% sous la forme modérée et 9,2% sous la forme sévère. Selon la même enquête, 8% des enfants de moins de 5 ans sont atteints de malnutrition aiguë dont 2% sous la forme sévère et 6,1% sous la forme modérée. La prévalence de la malnutrition aigüe est quatre fois plus élevée que celle que l'on trouve dans une population en bonne santé et bien nourrie et trente-six fois plus élevée pour la forme sévère (0,1%). Les enfants qui souffrent de malnutrition aiguë sévère (SAM) sont 5 à 20 fois plus à risque de décès que les enfants bien nourris ; la malnutrition aiguë sévère est une cause directe de mortalité infantile et augmente la morbidité chez les enfants souffrant de maladies courantes telles que la diarrhée et la pneumonie.

OMD2 « Assurer une éducation primaire pour tous »

L'objectif visé n'a pas été atteint (cf. Tableau 1, ci-dessous). Au-delà de l'éducation primaire c'est tous les ordres d'enseignement qui ont enregistré de faibles performances au cours de la période 2011-2015.

Tableau 1 : Niveau de performance de l'OMD 2 en 2015[16]

Indicateurs	Valeurs			
	Base 2011	Cible 2015	Réalisation 2015	Ecart
Taux d'accès en 1ère année du primaire	83,2%	100,0%	80,3%	-19,7%
Taux d'achèvement du cycle primaire	58,0%	68,0%	58,9%	-9,1%
Taux d'alphabétisation hommes et femmes	-	-	-	-

Source : MPCI, 2016. Rapport d'évaluation de la mise en œuvre du Plan Quinquennal

Le taux d'accès à l'éducation préscolaire en 2015 était de 8,4% dont 8,6% pour les filles. Les écoles maternelles sont à 98%, des écoles privées et essentiellement situées en zones

urbaines. En 2014-2015, le TBPS était de 8,4% contre 12,5% en 2013-2015, dont 4,8% en zone rurale. Le taux net de scolarisation s'est situé à 64% en 2015, avec une disparité prononcée entre le milieu urbain (89%) et le milieu rural (51%). Le TBS de 2014-2015 est de 79%.

Au niveau secondaire, tous les indicateurs ont évolué à la baisse entre 2011 et 2015. Le taux brut de scolarisation est passé de 38,5% en 2013 à 36,1% en 2015 pour le collège et de 29,9% à 28% pour le lycée. Aussi, la transition entre les cycles reste encore faible : 44,9% pour le primaire/collège et 32,8% pour le collège/lycée. Ces résultats sont liés à la faible dotation des élèves en manuels (environ 1,2 manuels/élève), à l'insuffisance de ressources humaines qualifiées (seulement 44% d'enseignants ont la formation professionnelle requise), ainsi qu'à l'insuffisance des capacités d'accueil.

En matière d'alphabétisation et éducation non formelle (AENF), les progrès enregistrés sont très insuffisants sur la période 2010-2015. Seulement 25,31% d'adultes de 15 ans et plus ont été alphabétisés en 2010 selon l'UNESCO. Selon la même source, en 2015, ce taux a grimpé à 30%. Pour les femmes, il se situe à 22,9%.

Dans le domaine de l'enseignement technique et de la formation professionnelle (ETFP), les capacités d'offre se sont accrues au cours de la période 2011-2015. Le nombre d'institutions d'ETFP est passé de 80 en 2011 à 162 institutions en 2014. Il s'en est suivi une augmentation des effectifs. Il est à noter que 46,9% des institutions d'ETFP sont à Conakry et 61,5% d'apprenants sont dans les filières du secteur tertiaire, contre respectivement 32,2% et 6,3%, dans les filières du secteur secondaire et du secteur primaire. L'effectif des apprenants de l'ETFP ne représente que 1,7% de l'effectif du système éducatif guinéen dont 1,1% des jeunes de 15 à 35 ans et 0,7% de la population en âge de travailler (15-64 ans). Il est à mentionner également que la période 2011-2015 a été

caractérisée par le développement de l'enseignement supérieur privé, l'ouverture de programmes de master et la création de trois écoles doctorales. L'indice de parité fille/garçon au supérieur est de 0,4 en 2013.

OMD3 : « Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes »

La mise en oeuvre des mesures préconisées dans le PQ a abouti aux performances indiquées dans le tableau 2 ci-dessous pour ce qui est de l'indice de parité fille/garçon.

Au nombre de ces mesures, il peut être cité la mise en oeuvre du projet d'appui à la promotion du genre, dont l'objectif fondamental est de lutter contre les disparités entre les sexes et dont les principaux acquis sont l'élaboration et l'adoption d'une Politique Nationale du Genre assortie de son plan d'action stratégique de mise en oeuvre, et la mise en place des cellules genre dans les départements ministériels.

A cela, il faut ajouter d'autres importantes initiatives prises au cours de la période à savoir : le Projet d'Appui à la Promotion du Genre, le Programme pour la Santé Maternelle et Infantile (PROSMI), le Fonds d'Appui aux activités génératrices de revenus pour les femmes et les jeunes, la Politique Nationale pour la Scolarisation de la Jeune Fille.

S'agissant de l'autonomisation des femmes, seulement un peu plus d'une femme sur cinq (21,5%) en 2012 est salariée dans le secteur non agricole (ELEP, 2012). Cette proportion a faiblement augmenté depuis 1994 (18,6%) du fait de la structure même du marché du travail, de la faible qualification de la main d'oeuvre féminine et de la survivance de certaines pesanteurs socioculturelles.

Tableau 2 : Indicateurs de parité fille/garçon

Indicateurs	Valeurs			
	Base 2011	Cible 2015	Réalisation 2015	Ecart
Indice de parité fille/garçon primaire	0,81	1,00	0,89	-0,11
Indice de parité fille/garçon secondaire	0,74	1,00	0,76	-0,24
Indice de parité fille/garçon supérieur	0,30	1,00	0,40	-0,60

Source : MPCI, 2016. Rapport d'évaluation de la mise en œuvre du Plan Quinquennal

Par ailleurs, il est noté que les femmes continuent d'être sous représentées dans la vie publique et politique ainsi qu'aux postes de décision : en 2012, les femmes ne représentaient que 22% des députés (25 sur 114) au sein de l'Assemblée Nationale nouvellement élue, contre 20,6% au sein du Conseil National de la Transition qui a fait office de Parlement entre 2010 et début 2014. Au niveau du Gouvernement, en 2014, seulement 14,7 % des ministres sont des femmes.

OMD4 : « Réduire la mortalité infanto-juvénile »

Les progrès ici sont notables. De 163 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2005, le taux a chuté à 150 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2015. En matière de mortalité infantile, le taux est passé de 67 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2012 à 63 en 2014 pour se maintenir à 61 en 2015. Par ailleurs, un enfant a 2,5 fois plus de risque de décéder avant l'âge de 5 ans lorsqu'il naît dans un ménage très pauvre.

OMD5 : « Améliorer la santé maternelle »

La cible de 250 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015, visée pour cet objectif, n'a pas été atteinte, en dépit d'un léger progrès qui s'est traduit par une baisse de la mortalité maternelle de 724 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012, à 695 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015.

En ce qui concerne la cible « rendre l'accès à la médecine procréative universel », les avancées, sont plus modestes. La

prévalence contraceptive déjà faible, a globalement diminué, allant de 6,8 % en 2005 à 4,6 % en 2012. Cette baisse est plus marquée en zone urbaine (de 11,4% à 7,4% dans les centres urbains de l'intérieur et de 13,9% à 7,6% à Conakry). En 2012, la fécondité des adolescentes (indicateur indirect utilisé pour mesurer la natalité dans ce groupe d'âge de 15 à 19 ans), était de 28% pour tout le pays (35,3% en milieu rural et 17,9% en milieu urbain, 39,8% chez les plus pauvres et 13,8% chez les plus riches) contre32% en 2005. La couverture des soins prénatals a augmenté et est passée de 82% à 85,2% (95,2% en zone urbaine et 83,2% en milieu rurale). La proportion des besoins en planification familiale non satisfaits a marqué une augmentation, en passant de 21,2% à 23,7%, ce qui contribue à l'éloigner de la cible (8,2%) en 2015 avec des variations en défaveur du milieu rural, des pauvres et de certaines régions administratives.

OMD6 : « Combattre le VIH/Sida, le paludisme et autres maladies »

Le VIH/SIDA demeure un problème de santé publique avec une prévalence de 1,7% en 2012 en deçà de l'objectif de moins 1,5%. Ce taux est de 2,1% chez les femmes et 1,2% chez les hommes. S'agissant des personnes atteintes, 30 040 ont accédé aux traitements antirétroviraux soit un taux d'accès de 59,1%.

Les zones urbaines, et en particulier Conakry, enregistrent les taux de prévalence les plus élevés (2,7%). La prévalence du virus chez les femmes enceintes est plus élevée que celle de la population générale. En effet, le taux d'accès aux ARV pour les femmes enceintes est passé de 17% en 2011 à 62% en 2014.. Chez les enfants, la couverture en ARV est de 21%.

La prévalence de la tuberculose, de 178 TPM+ pour 100 000 habitants, reste encore élevée avec sa double charge de coïnfection avec le VIH/SIDA. La prévalence et la mortalité due à la tuberculose a régulièrement baissé mais de façon modeste. L'ensemble des cas détectés (100%) ont été soumis au

traitement de court terme sous surveillance directe, et le taux de succès a atteint l'objectif visé en 2015.

Le paludisme demeure une maladie endémique et constitue une cause importante de décès. Il représente 40,8% des consultations, 45,3% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques et 36% des décès hospitaliers. Le taux de prévalence du paludisme est de 44% chez les moins de 5 ans.

Parmi les principales causes de mortalité, il importe de mentionner les infections respiratoires aigües et les maladies diarrhéiques représentant respectivement les deuxième et troisième causes de mortalité chez les moins de 5 ans. A cela s'ajoute la malnutrition qui constitue l'une des principales causes de décès des enfants.

OMD7 : « Assurer un environnement durable »

La cible visée à l'horizon de 2015, était d'intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux, et inverser la tendance actuelle de la déperdition des ressources environnementales, d'améliorer sensiblement, les conditions de vie de la population habitant les taudis et de réduire de moitié, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base.

En matière d'intégration des principes de durabilité dans les politiques, le Gouvernement, a doté le pays d'instruments clés de préservation de l'environnement et de lutte contre sa dégradation. Ces instruments sont : (i) le Plan National d'Investissement en Matière d'Environnement (PNIE) 2013-2017, adopté en 2012; (ii) la Stratégie Nationale sur la Diversité Biologique pour la mise en oeuvre des objectifs d'Aichi pour la Guinée (SNDB); (iii) la Politique forestière, le Code Forestier, le Code de protection de la faune sauvage et de la réglementation de la chasse. Ces efforts de l'État guinéen

appuyés par les PTF ont permis d'améliorer la note CPIA/Banque Mondiale du pays, relative aux politiques et institutions pour la durabilité environnementale qui est passée de 2,5 sur 6 en 2011 à 3,5 sur 6 en 2014.

S'agissant de la déperdition des ressources naturelles, il est à noter un recul du couvert forestier du pays au cours de la période 2011-2015. Estimé à 26,5% de la superficie du pays en 2011, le couvert forestier de la Guinée s'est réduit à 25,9% en 2015 (*Banque mondiale, WDI 2016)*. Si au vu de ces chiffres la situation n'est pas aussi alarmante pour parler de péril environnemental, elle requiert cependant une attention particulière en termes de réponses adéquates à y apporter dans le futur.

Selon le RGPH, 2014, environ 97% des ménages utilisent du bois de chauffe ou du charbon de bois comme source d'énergie pour la cuisson, contre 95% environ en 1996. Ce qui témoigne d'une forte pression sur les ressources forestières.

Au cours de la période 2011-2015, la Guinée a enregistré des résultats assez mitigés dans le domaine de l'eau, en dépit de la réalisation par l'Etat de 2 054 forages entre 2011 et 2013. Le taux d'accès à l'eau potable dans les zones rurales est de 67% sur la base des chiffres collectés en 2015. En milieu urbain le taux d'accès est de 72%. Ce taux exclut les pompes manuelles et les puits traditionnels mais comprend : les connexions domestiques, 60% ; et l'accès par le biais de borne-fontaine, 12%. La fiabilité de l'approvisionnement et la qualité de l'eau demeurent des préoccupations majeures. En effet, le faible accès à l'eau potable et à une hygiène adéquate dans un environnement à forte densité de population a également contribué à la propagation de la MVE et a même été un facteur critique dans les écoles.

Dans le domaine de l'assainissement, le taux global d'accès à l'assainissement amélioré est estimé en 2015, à 34% dans les zones urbaines (contre 12% dans les zones rurales). Pour

l’assainissement partagé, le taux d’accès est de 45% dans les zones urbaines contre 9% respectivement dans les zones rurales. Pour d’autres services d’assainissement non améliorés, les taux d’accès sont respectivement de 21% pour les zones urbaines et de 55% pour les zones rurales. La défécation à l’air libre est particulièrement fréquente dans les zones rurales où le taux est encore de 24%.

Les facteurs explicatifs de la situation de l’accès d’eau et d’assainissement, sont : (i) des taux de panne élevés (supérieurs à 20%) ainsi que les vols de pompes en milieu rural, (ii) l’insuffisance des investissements en matière d’hydraulique et d’assainissement, (ii) la faiblesse du système de gestion de l’information sur l’eau et l’assainissement, (iii) l’inexistence d’un système de suivi de l’eau ; (iv) le non-respect des normes et standard de construction des ouvrages d’assainissement, (v) les faibles capacités de prise en charge de l’hygiène et de l’assainissement dans les centres de santé et dans les écoles. En plus de ces facteurs, il y a des considérations sociologiques qui constituent des contraintes à l’adoption des bonnes pratiques en matière d’eau, d’hygiène et d’assainissement.

Pour les déchets solides, 14,4% des ménages ont un système sain de débarras des ordures dont 4,5% en milieu rural. Environ 80% des ménages au plan national et plus de la moitié (52,6%) des ménages en milieu urbain se débarrassent de leurs ordures ménagères dans la nature, la mer, les cours d’eau, la rue, les caniveaux (RGPH-3).

OMD8 « Mettre en place un partenariat mondial pour le développement »

La période 2011-2015 a été marquée par le rétablissement de la coopération avec les principaux bailleurs de fonds de la Guinée. Deux considérations majeures ont permis cette évolution. Il y a tout d’abord les élections présidentielles

de 2010 ayant mis fin à la transition consécutive au coup d'État de 2008, et permis le retour à l'ordre constitutionnel. Il y a ensuite les réformes macroéconomiques et structurelles engagées par les autorités de la 3ème République ayant conduit à l'atteinte du point d'achèvement de l'Initiative PPTE en 2012.

Il est à rappeler que la plupart des programmes de coopération ont été suspendus après la prise du pouvoir par la junte militaire en décembre 2008 et des sanctions prises à l'encontre de la Guinée suite aux évènements du 28 septembre 2009. Pour un pays fortement dépendant de l'aide, cette situation a eu des conséquences néfastes sur la dynamique de la croissance économique en Guinée, sur les grands équilibres financiers de l'État et partant sur les conditions de vie des populations comme reflétés par les indicateurs socio-économiques présentés *supra*.

En plus de l'annulation de sa dette en 2012 au titre de l'Initiative PPTE, la Guinée a bénéficié dans le cadre de la crise d'Ébola, et suite aux conférences de Bruxelles en mars, de Washington en avril et de New York en juillet 2015, d'un important appui de la Communauté internationale, de l'ordre de 705 millions USD dont 161 millions USD sont exécutés et/ou en cours d'exécution. Plus récemment (septembre 2016), pour renforcer la mobilisation effective des ressources, le Gouvernement a décidé de mettre en place un Fonds National de Relance et de Résilience Post-Ébola (FNRPE), comme mécanisme spécifique de financement et de mise en oeuvre des interventions prioritaires requises et qui ne sont pas encore couvertes ni prises en charge. Ce fonds sera abondé à hauteur de 500 Millions USD.

La Guinée entretient des relations de coopération bilatérale avec les pays de l'Afrique, de l'Europe, de l'Asie, de la Péninsule arabique et persique, ainsi que de l'Amérique. La coopération multilatérale concerne les relations avec les institutions de Bretton Woods, de la BAD, de la BID, de la

BADEA, du PNUD, des Agences du Système des Nations Unies, de l'UE et les ONG internationales.

Au titre de la période 2011-2015, la contribution de ces partenaires au développement du pays s'élève à près de 1,5 milliards USD en termes de mobilisation non inclus les IDE. La part des partenaires bilatéraux au financement de développement s'établit comme suit en USD : (i) 2011 : 275 millions ; (ii) 2012 : 300 millions ; (iii) 2013 : 325 millions ; (iv) 2014 : 450 millions ; (v) 2015 : 450 millions.

Traditionnellement, l'ensemble de l'aide au développement de la Guinée est mis en place suivant quatre modalités : l'aide-projet, l'appui à la balance des paiements ou aide programme, l'assistance technique et l'aide alimentaire et humanitaire. A quelques variations près, l'aide est octroyée à hauteur de 49% sous forme de dons et à 51% sous forme de prêts concessionnels. La répartition sectorielle, montre que les secteurs sociaux ont bénéficié de 40% de l'aide extérieure entre 2011 et 2015. Sur la même période, les ressources allouées à l'agriculture ont atteint 25% de l'aide totale. Les secteurs industriels et des infrastructures ont reçu environ 30% de l'aide totale.

En dépit des efforts déployés pour encadrer la gestion de l'aide, le diagnostic révèle des difficultés qui contrecarrent les ambitions du Gouvernement à en assurer une coordination et une gestion efficaces. Au nombre de ces difficultés, il y a : (i) la faiblesse de l'appropriation nationale, (ii) l'insuffisance d'alignement de l'aide, (iii) le déficit des capacités, (iv) la fragmentation des structures, (v) l'insuffisance des données sur l'aide, (vi) la faible prise en compte de la gestion axée sur les résultats, (vii) les difficultés liées aux procédures de gestion de l'aide, (viii) la faible prévisibilité et ponctualité de l'aide, (ix) le volume insuffisant de l'aide, etc.

Sur le plan diplomatique, les relations que la Guinée

entretient avec plusieurs États du monde datent de son indépendance acquise en 1958. Cette présence guinéenne sur la scène mondiale représente un atout majeur pour le développement socio-économique du pays. Aujourd'hui, avec l'avènement de la 3ème République, la diplomatie guinéenne s'est recentrée sur la recherche des meilleures opportunités économiques en vue du développement du pays. De plus en plus, en effet, le concept de diplomatie du développement est mis au goût du jour avec cette volonté fortement exprimée du Gouvernement de valoriser les immenses potentialités économiques, culturelles et sociales du pays.

La diplomatie guinéenne accuse cependant des limites qui freinent considérablement la réalisation de cette ambition qui pourrait grandement contribuer à faire de la Guinée un pays émergent à l'horizon 2040. L'une des causes principales de ces limites tient aux résultats mitigés enregistrés par le pays sur le plan de la gouvernance et qui ont affaibli les capacités de l'État. L'absence de schéma de carrière pérenne pour les diplomates, la faible insertion des Guinéens dans les institutions internationales, l'absence de mécanismes d'incitations adéquats pour favoriser le transfert des ressources de la diaspora, sont en outre, des facteurs qui plombent l'apport de la diplomatie au développement.

Les défis à relever dans ce domaine sont : la mise en place d'une diplomatie politique, économique, environnementale, culturelle et sociale capable de drainer les investissements ; la restructuration des services extérieurs et centraux du Ministère en charge de la diplomatie ; le renforcement des capacités des personnels diplomatiques ; le renforcement de la coopération bi et multilatérale ; l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique de gestion des Guinéens de l'étranger.