

## Guinée



© United Nations Cartographic Section

Population (2010)	10,95 millions
% Population rurale	71
Espérance de vie à la naissance (RMDH 2010)	58,9 ans
Taux de mortalité pour 1 000 enfants de moins de 5 ans (EDS4 2012)	122
Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes (SSM 2012)	610
Dépenses totales de santé en % du PIB (CNS 2010)	6,25
% des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales (CNS 2010)	8,8
Indice de développement humain sur 186 pays (PNUD-2013)	178
PIB par tête d'habitants en \$EU (UNDAF 2013-2017)	410
% Taux d'alphabétisation des adultes (+ de 15 ans) (DRSP 2011-2012)	35,4
% Taux d'alphabétisation des adultes hommes (+ de 15 ans) 2007 (DRSP 2011-2012)	49,9
% Population ayant un accès durable à une source d'eau potable (JMP 2012)	74
% de la population ne disposant pas de système approprié pour l'évacuation des excréta (JMP 2012)	18

### Sources :

CNS = Comptes Nationaux de Santé  
 RMDH = Rapport Mondial sur le développement humain  
 IDH = Indice de Développement Humain  
 JMP = Programme conjoint de suivi OMS/UNICEF  
 DRSP = Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté  
 EDS = Enquête Démographique et de Santé  
 UNDAF = Plan-Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement  
 PNUD = Programme des Nations Unies pour le Développement

Avec une population de 10,95 millions d'habitants en 2010 (UNDAF 2013-2017), la République de Guinée couvre une superficie de 245 857 km<sup>2</sup> répartie entre quatre régions naturelles caractérisées par une diversité climatique et culturelle. La majorité de la population (71%) vit en zone rurale où l'agriculture demeure la principale activité. Toutefois, le pays connaît de plus en plus un exode rural massif des jeunes vers les grands centres urbains et les zones minières.

Au plan sociopolitique, l'afflux de réfugiés et de populations déplacées consécutif de près de vingt années de conflit dans la sous-région a laissé des traces encore visibles sur l'environnement et les infrastructures de base. Sur le plan interne, l'aggravation de la pauvreté, la difficulté d'accès aux services sociaux de base et les troubles sociopolitiques ont provoqués une instabilité politique récurrente dont les conséquences ont lourdement affectées les programmes de développement socioéconomique et la paix sociale.

## SANTÉ & DEVELOPPEMENT

En Guinée la prévalence de certaines affections reste élevée, avec la prédominance des maladies infectieuses et parasitaires. Parmi les maladies transmissibles ciblées comme prioritaires, on a le groupe VIH/SIDA/tuberculose/paludisme. L'enquête démographique et de Santé (EDSIII) réalisée en 2005 montre une séroprévalence dans la population générale de 1,5% chez les personnes âgées de 15 à 49 ans avec un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 2/1. Selon la même source, le taux de séropositivité augmente avec l'âge : de 0,8% dans le groupe d'âge de 15-19 ans, il atteint 2,1% dans les groupes de 40-44 ans et de 45-49 ans.

La séroprévalence du VIH chez les tuberculeux est passée de 6% en 1992 à 16,7% en 2001, tandis que moins de 10% des malades tuberculeux infectés par le VIH/SIDA ont accès au traitement. En 2009, le taux de co-infection TB/VIH dans le principal centre anti tuberculeux de la carrière était de 25,5% sur 2500 patients testés. Avec la mise en œuvre de la stratégie DOTS depuis 1990, le taux de notification des nouveaux cas a frottis positif est passé de 49% en 2000 à 64% pour 100 000 en 2010. Le taux de succès du traitement est de 80% en 2010 par rapport à 85 % qui est l'objectif mondial (Revue Programme TBC 2012).

Le paludisme, reste toujours, le premier problème de santé publique en Guinée. En 2011 il représentait chez les moins de 5 ans plus de 34% des consultations. L'incidence annuelle est de 98 pour 1000. Il est la première cause de décès en milieu hospitalier (14%). L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA) est de 26,1% en 2012 chez les enfants de moins de 5 ans contre 0,3% en 2005. Elle est de 28,3 % chez les femmes enceintes en 2012 contre 0,4% en 2005.

La couverture vaccinale en DTCP3 a légèrement baissé passant de 52% en 2005 à 50 % en 2012 selon la dernière enquête démographique et de santé de 2012 (EDS4). Cette situation pourrait être liée en partie au gel de financement de certains partenaires du secteur de la santé due à la crise sociopolitique que traverse le pays ces dix dernières années et pourrait si elle persiste ne pas contribuer à la pérennisation des acquis de contrôle et d'éradication des maladies évitables par la vaccination.

On assiste de plus en plus à la réémergence de la Trypanosomiase Humaine Africaine dans les anciens foyers. Ainsi, entre 2005 et 2009, 165 malades ont été pris en charge au centre de traitement de Dubréka.

Aussi, il faut noter que le choléra qui sévissait de façon cyclique est devenu endémique depuis 1998 avec des poussées épidémiques dans le littoral et la région de la forêt. La dernière épidémie survenue en 2012 a enregistré 7351 cas et 138 décès soit une létalité de 1,88%.

Aussi selon les données de l'Enquête intégrée de base de l'évaluation de la pauvreté (EIBEP) réalisée en 2002-2003, l'accès aux services de santé (temps inférieur à 30 minutes) est de 38,9%, l'utilisation des services de santé est de 18,6%. C'est pourquoi le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (MSHP) a élaboré le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui cadre avec les objectifs du Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP).

En matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile, les dernières statistiques (les statistiques sanitaires mondiales de 2012 EDS4 de 2012) montrent une légère amélioration de la situation avec notamment 610 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2012 contre 980 décès maternel pour 100 000 naissances vivantes ; le taux d'accouchements assistés est passé de 38 % à 45%. La mortalité infantile et infanto juvénile a baissé (67 et 122 respectivement en 2012 contre 91 et 163 pour 1 000 naissances vivantes en 2005). L'allaitement maternel des enfants de moins de 6 mois exclusivement au sein a baissé, passant de 27% en 2005 à 21% en 2012. La prévalence contraceptive est de 9% pour toutes méthodes confondues dont 7% pour les méthodes modernes. Les pratiques néfastes persistent encore comme l'excision (96%) selon EDSC3 de 2005

Même si on note une légère amélioration au niveau de certains indicateurs de santé, il est toutefois à signaler que la relance des SSP en 2006 conformément à la Déclaration de Ouagadougou de 2008, l'approche programme et projet demeure encore une pratique ancrée au sein du système de santé au détriment de l'approche intégrée qui devrait être systémique.

C'est dans cet esprit, que le pays avec l'appui de l'OMS et les autres PTF ont engagé le processus de réforme du secteur de la santé, notamment l'organisation des Etats généraux de la santé, devant aboutir à la révision de la PNS et l'élaboration du nouveau PNDS (2013-2022) et avec à la clé la signature du Compact National.

En plus, il faut noter la faible couverture géographique sanitaire due à l'insuffisance des infrastructures et des équipements et au mauvais état de l'existant. Par exemple, le nombre de postes de santé intégrés est passé seulement de 604 en 2004 à 623 en 2007 tandis que celui des centres de santé intégrés est passé de 395 en 2004 à 410 en 2007. Le nombre de centre de santé est resté stationnaire.

En ce qui concerne la satisfaction des bénéficiaires des services de santé, beaucoup d'efforts restent à faire pour améliorer la qualité des prestations. En moyenne 53,7% des bénéficiaires des services de santé ne sont pas satisfaits des prestations fournies. Les principales raisons évoquées sont le coût élevé des services (sur-tarification), la faible qualité du traitement, la longue attente et le manque de médicaments.

Selon l'enquête STEPS menée en 2009 sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles (MNT) à Conakry et en Basse Guinée la prévalence du diabète est de 3,5% dans la population âgée de 15 à 64 ans et 5,2% chez les sujets âgés de 25 à 64 ans. Pour les maladies cardiovasculaires, l'HTA à elle seule représente 28,1% dans la population enquêtée.

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

Selon l'enquête nationale Nutrition-Santé (SMART 2012), la malnutrition aigue globale est de 5% et celle chronique de 34,5%. L'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans est de 16%.

Le budget de la santé par rapport au Budget national a continuellement baissé au cours des trois dernières années (3,5% en 2009 2,5% en 2011 et environ 2% en 2012). Ce qui est insuffisant pour fournir des services de santé de bonne qualité.

## PARTENARIATS

L'aide extérieure à travers la coopération bi et multilatérale y compris celle des Agences du Système des Nations Unies et des ONG représente une part très importante dans le financement du secteur de la santé en Guinée. Avec 26,9% des dépenses de santé, cette aide est la seconde source de financement des dépenses de santé. Elle est concentrée sur les investissements (infrastructures, gros équipement et formation). Ceci pose certains problèmes de durabilité, car le pays ne dispose pas des ressources suffisantes pour assurer les coûts récurrents des infrastructures sanitaires et l'approvisionnement en médicaments.

La coordination entre les différents partenaires intervenant dans le secteur de la santé est jugée dans l'ensemble insuffisante. Cependant, cette coordination se redynamise progressivement avec l'engagement de l'état dans le processus de réforme du secteur de la santé. Ainsi, les anciennes instances de coordination ont été restructurées. Le comité de coordination du secteur de la santé (CCSS) instance multisectorielle a été mise en place sous l'autorité du Premier Ministre chef du Gouvernement. Il est appuyé par un secrétariat technique qui a pour mission principale d'assurer la mise en œuvre de la feuille de route du processus de réforme.

Par ailleurs, la réunion trimestrielle des PTF permet d'assurer la coordination des différentes interventions et de suivre de près les réformes structurelles en cours notamment l'organisation des Etats généraux de la santé, le fonctionnement des groupes thématiques, le processus de révision de la PNS, l'élaboration du nouveau PNDS sous l'égide de l'OMS. Ces réunions des PTF se tiennent en général autour des thématiques identifiées conjointement par le MSHP et les partenaires.

OPPORTUNITES	DEFIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atteinte du Point d'achèvement de l'Initiative PPTE</li> <li>Possibilité de mobilisation des fonds d'urgence (Fonds CERF)</li> <li>Engagement des différents partenaires techniques et financiers</li> <li>Existence d'un Comité de Coordination inter Agences (CCIA)</li> <li>Existence d'un Comité de Coordination du secteur Santé (CCSS)</li> <li>Financement disponible des Initiatives et Fonds : <ul style="list-style-type: none"> <li>MUSKOKA (FFM)</li> <li>PASA (UE-AFD)</li> <li>PMI (USAID)</li> <li>Fonds mondial,</li> <li>GAVI,</li> <li>OMVS,</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer la gestion et l'utilisation rationnelle des ressources humaines</li> <li>Rendre plus fonctionnel les mécanismes permanents de coordination des interventions des différentes parties prenantes</li> <li>Assurer l'accès équitable aux services de santé</li> <li>Renforcer les capacités de mobilisation et d'utilisation des ressources financières internes et externes</li> <li>Renforcer les mécanismes de contrôle de la pratique médicale et pharmaceutique et la gestion des structures de santé</li> <li>Réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile juvénile</li> <li>Renforcer les capacités de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles (diabète, cancer, tabagisme, hypertension).</li> <li>Maintenir les acquis de l'élimination/éradication de certaines maladies (poliomyélite, lèpre, dracunculose, tétanos maternel et néonatal)</li> <li>Renforcer les capacités nationales en matière de contrôle de la qualité de l'eau, d'hygiène et de salubrité</li> <li>Renforcer les capacités de surveillance, de prévention et de lutte contre la malnutrition et les carences en micronutriments</li> <li>Renforcer les capacités nationales en matière de préparation et de réponse aux situations d'urgence et de crises humanitaires.</li> <li>Finalisation du processus de Réforme du système de santé</li> <li>Renforcer les activités de Promotion de la santé en ciblant notamment les déterminants de la santé.</li> </ul>

## AGENDA STRATEGIQUE DE L'OMS

Pour relever les défis suscités la deuxième stratégie de coopération de l'OMS avec la Guinée couvrant la période 2008-2013 a identifié quatre (4) axes stratégiques :

- 1. Renforcement du système de santé :** L'OMS accompagnera le MSHP dans la redynamisation des instances de coordination du secteur et de suivi du PNDS en particulier à travers les comités de coordination des partenaires et des comités techniques aux différents niveaux du système de santé. Enfin, elle contribuera à la mise en place d'un système de financement durable de la santé à travers l'établissement des comptes nationaux de santé et l'appui au MSP dans les négociations avec les responsables des institutions de financement.

Le développement des ressources humaines constitue un axe stratégique majeur du PNDS 2003-2012. Pour y parvenir, l'OMS apportera un appui pour : l'actualisation du Plan de développement de ressources humaines, le renforcement des compétences nationales par la formation initiale et la formation continue et le développement des institutions nationales de formation.

Pour aider le MSHP à faire une prise de décision éclairée, l'OMS apportera également son appui au renforcement des capacités de gestion du système national d'informations sanitaires (SNIS), de coordination et de diffusion des résultats de recherches.
- 2. Lutte intégrée contre la maladie et la mortalité infantile et maternelle :** L'OMS apportera son appui technique dans la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des stratégies pour les interventions dans le cadre de la prévention, l'éradication, le contrôle et la surveillance des maladies transmissibles (la lèpre, dracunculose, poliomyélite, tétanos maternel et néonatal, tuberculose, THA, onchocercose, méningite, choléra, fièvre jaune et rougeole). Elle poursuivra l'appui au MSHP pour la réduction de la morbidité et de la mortalité liée au paludisme, tuberculose et VIH/SIDA, ainsi que la surveillance, la prévention et la gestion des maladies non transmissibles. Dans le domaine de la santé de la femme, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées, son intervention va se focaliser sur la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile à travers la mise en œuvre des plans d'action des programmes nationaux de santé de la reproduction, maternité sans risque, survie de l'enfant et des personnes âgées.
- 3. Création d'un environnement favorable à la santé :** Face à l'ampleur des problèmes de santé liés aux questions d'hygiène et d'assainissement et de santé au travail, l'OMS apportera son appui pour le renforcement des capacités nationales pour la mise en œuvre des interventions dans les domaines de la santé et environnement, sécurité sanitaires des aliments et nutrition et la promotion de la santé.
- 4. Gestion des situations d'urgence :** Cet axe s'inscrit dans l'objectif de la réponse aux situations d'urgence et la réduction de la vulnérabilité des réfugiés, déplacés et populations-hôtes affectées par les crises ou conflits ainsi que les victimes de calamités naturelles. A ce titre, l'OMS apportera son soutien pour le plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources nécessaires et la mise en œuvre du plan d'action national de préparation et de réponse aux situations d'urgences, épidémies et catastrophes.

**POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS, veuillez consulter les sites Web ci-après :**

Page Web de l'OMS consacrée au pays : <http://www.who.int/countries/gin/fr>

© Organisation mondiale de la Santé 2013 - Tous droits réservés.

Les fiches présentant les Stratégies de Coopération avec les Pays ne sont pas une publication officielle de l'OMS. Les cartes qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Cet aperçu est disponible sur <http://www.who.int/countryfocus>  
WHO/CCO/13.01/Guinée

Mise à jour : mai 2013