REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail - Justice - Solidarité

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

GROUPE THEMATIQUE

ETAT DE SANTE DE LA POPULATION ET SES DETERMINANTS

Juin 2013

Membre

1. Pépé BILIVOGUI, Directeur National Hygiène Publique (MSHP)
2. Mamady KOUROUMA, Directeur National Santé Familiale et Nutrition (MSHP)
3. Mamady DAFFE, Chef de Division Alimentation et Nutrition, (MSHP)
4. Fodé DONZO, ST-CCSS
5. Emmanuel KOUROUMA, chef Section Santé à la DNP (Ministère du plan)
6. Pierre ADOU, Spécialiste de Nutrition (UNICEF)
7. Pascal BONIMY, Chargé de la Nutrition (PAM)
8. Fodé Ousmane BANGOURA, Administrateur National Santé et Environnement (OMS).
9. Oury Kindy DIALLO Chef de Division Planification BSD/MSHP

Abréviations

CNT	Conseil National de Transition
CTC	Centre de Traitement du Choléra
EDS	Enquête de Démographie et Santé
ELEP	Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté
IgM	Immunoglobuline
INS	Institut National des Statistiques
IRA	Infection Respiratoire Aigue
JNV	Journées Nationales de Vaccination
MNT	Maladies Non Transmissibles
MP	Ministère du Plan
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PFA	Paralysie Flasque Aigue
PIB	Produit Intérieur Brut
PIB	Produit Intérieur Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RMDH	Rapport Mondial sur le Développement Humain
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
TBS	Taux Brut de Scolarisation
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Acquise

Table des matières

Abréviations 2
1. Introduction 4
2. Diagnostic de la situation (état des lieux) 4
2.1. Contexte Général 4
2.1.1. Données Physiques 4
2.1.2. Données géographiques 4
2.1.3. Données démographiques 5
2.1.4. Organisation Administrative 5
2.1.5. Contexte politique et institutionnel 6
2.1.6. Contexte socio-économique 6
2.1.7. Contexte culturel, éducationnel et comportemental 8
2.1.8. Profil environnemental et Cadre de vie 9
2.1.9. Communication et énergie 10
2.1.10. Commerce 10
2.1.11. Tourisme 11
2.2. Etat de Santé de la Population 11
2.2.1. Indicateurs généraux 11
2.2.2. Profil Pathologique 13
2.2.2.1. Maladies transmissibles 13
2.2.2.2. Maladies non transmissibles 14
2.2.2.3. Traumatismes 16
2.2.3. Santé maternelle, néonatale et infantile, adolescent et jeunes 16
2.2.3.1. Santé maternelle et néonatale 16
2.2.3.2. Santé infantile 17
2.2.3.3. Santé et Développement des Adolescents et des Jeunes 17
2.2.4. Changement climatique, biodiversité et santé 18
2.2.5. Les Programmes de santé 18
2.3. Les déterminants sociaux 18
2.3.1. Conditions de vie quotidiennes 19
2.3.2. Inégalités sociales et pauvreté 19
2.3.3. Efficacité de l'action 19
3. Analyse stratégique (FFOM) 21
3.1. Points forts 21
3.2. Points faibles 21
3.3. Menaces 21
3.4. Opportunités 21
4. Défis 21
5. Axes stratégiques et actions prioritaires 22
Quelle vision pour la nouvelle politique de santé ? 22
Bibliographie 23
Annexe ..... エラー! ブックマークが定義されていません。

1. Introduction

Avec une population d'environ 11,6 millions d'habitants[1] en 2012, la République de Guinée est un pays côtier de l'Afrique de l'Ouest qui couvre une superficie de 245 857 Km² répartie entre quatre régions naturelles caractérisées par une diversité climatique et culturelle. La majorité de la population (71%)[2] 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 miniers.

Au plan sociopolitique, la Guinée subit encore les conséquences de l'afflux de réfugiés et de populations déplacées consécutives à plus de quinze années de conflit dans la sous-région avec des impacts visibles sur l'environnement et les infrastructures de base.

Au plan sanitaire, l'état de santé des populations guinéennes reste encore préoccupant. Aux taux élevés de mortalité maternelle et infantile et à la forte prévalence de certaines affections, viennent s'ajouter les maladies émergentes et ré émergentes qui prennent une place de plus en plus inquiétante dans le tableau épidémiologique du pays.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la santé et de l'hygiène publique s'engage à réviser son document de politique de santé en passant par l'organisation des états généraux de la santé.

2. Diagnostic de la situation

2.1. Contexte Général

2.1.1. Données Physiques

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale, à 10° au nord de l'équateur. Elle est limitée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Libéria et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'Est en Ouest et 500 km du Nord au Sud. Sa superficie totale est de 245 857 km².

2.1.2. Données géographiques

La Guinée comprend quatre régions naturelles qui sont: la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée forestière.
La Basse Guinée est une région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et qui se caractérise sur le plan climatique par de fortes précipitations variant entre 3000 et 4000 mm par an. La Moyenne Guinée, région de massifs montagneux couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles entre 1500 et 2000 mm par an.
La Haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40%

[1] MP, Perspective démographique
[2] ELEP 2012

de la superficie du pays. Le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm par an.
La Guinée forestière est un ensemble de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national, avec une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm.

2.1.3. Données démographiques

Le recensement général de la population et de l'habitat de décembre 1996 a révélé que la population guinéenne se chiffrait à 7 156 402 habitants. Sur la base d'un taux d'accroissement démographique de 3,1%, la population guinéenne se situerait en 2012 à environ 11 658 130 habitants. Elle est constituée en majorité de femmes (52%). Plus de 44% des individus sont âgés de moins de 15 ans et 4% des guinéens ont plus de 65 ans et la taille moyenne des ménages est de plus de 6 personnes. La démographie est caractérisée par une croissance rapide de la population et marquée par de fortes disparités régionales: Basse Guinée (20,4%), Moyenne Guinée (22,9%), Haute Guinée (19,7%), la Guinée Forestière (21,7%) et la zone spéciale de Conakry (15,3%) de la population totale[3]. L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans[4].

Les migrations récentes en Guinée ont été considérablement influencées par les conflits sociopolitiques des années 1990 enregistrés au Liberia et en Sierra Leone, ainsi qu'en Côte d'Ivoire au début des années 2000. Le pays a ainsi accueilli 600 000 réfugiés en provenance de ces pays[5].

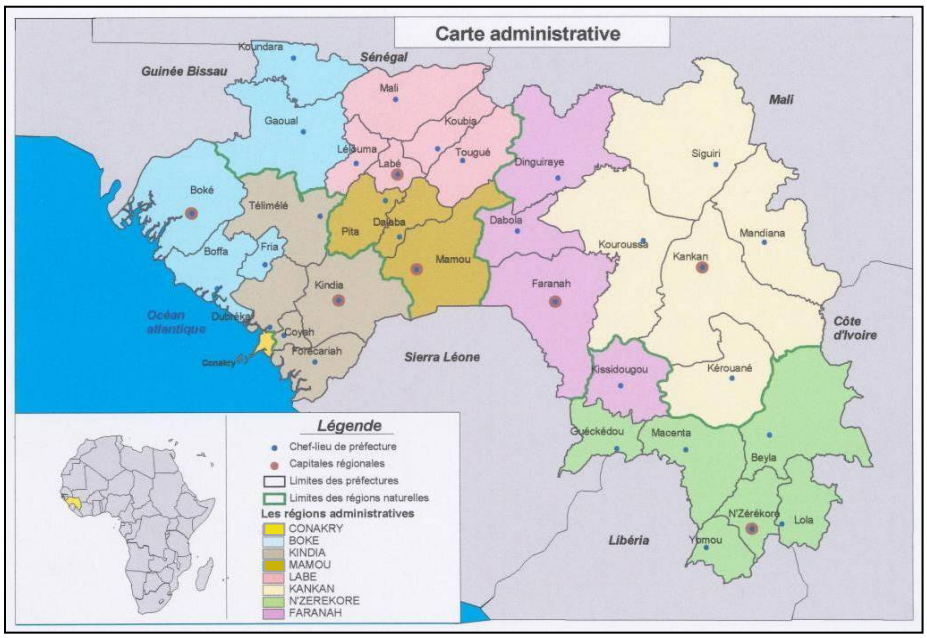
Aussi, les conflits socio politiques récurrents dans le pays, depuis 2006, entrainent souvent des déplacements internes de populations avec des conséquences sanitaires.

2.1.4. Organisation Administrative

La Guinée compte 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée spécifique. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 304 communes rurales de développement. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1615 districts ruraux. La structure organisationnelle du système de santé est calquée sur le découpage administratif et comprend 8 régions et 38 districts sanitaires.
La carte suivante matérialise le découpage administratif du pays.

Figure 1 : Carte administrative de la Guinée

[3] *MP, Bulletin de Population et Développement, 2012*
[4] *PNUD, RMDH 2010.*
[5] *MP, Plan quinquennal 2011-2015*



2.1.5. Contexte politique et institutionnel

La Guinée est un État laïc indépendant depuis le 2 Octobre 1958. De l'indépendance à 1984, le pays a été dirigé par un régime de parti unique qui a été suivi par un pouvoir militaire jusqu'en 1991, date à laquelle la Guinée s'est dotée d'un régime présidentiel pluraliste. Ce processus démocratique amorcé a été interrompu de 2008 à 2010 par un autre régime militaire. A ce jour, plus de deux cents partis politiques sont agréés dans le pays.

Après une longue période d'instabilité politique, les guinéens ont élu en novembre 2010 un Président au suffrage universel libre et démocratique pour un mandat de 5 ans renouvelable une fois.

Le pouvoir législatif est détenu par l'Assemblée Nationale qui compte 114 députés élus au suffrage universel pour quatre ans. Son rôle est actuellement assuré par le Conseil National de la Transition (CNT).

La Cour Suprême (Conseil Constitutionnel) détient quant à elle le pouvoir Judiciaire. Le Conseil Économique et Social et le Conseil National de la Communication complètent les grandes Institutions républicaines du pays.

Le processus électoral qui a débuté en 2010 a suscité une tension entre les acteurs politiques. Celle-ci a entraîné de nombreux affrontements entre les militants et sympathisants des différents partis politiques qui se sont soldés par des pertes en vies humaines et une dégradation du climat de confiance entre gouvernants et opposants.

2.1.6. Contexte socio-économique

Le pays dispose d'importantes ressources naturelles. Les écosystèmes de forêt équatoriale, de montagnes et de savanes soudano-sahéliennes recèlent un grand potentiel économique dans l'agriculture, l'élevage et le tourisme. La pêche maritime et continentale est une autre source de richesse naturelle. En outre, l'abondance de la pluviométrie et un réseau hydrographique très fourni font de la Guinée le « château d'eau » de l'Afrique de l'Ouest et lui procurent un potentiel hydroélectrique considérable.

Le sous-sol recèle de richesses minières diversifiées au point que la Guinée est qualifiée de « scandale géologique ». Les gisements qui sont exploités incluent la bauxite (2/3 des réserves mondiales), l'or et le diamant. D'importantes réserves de fer et de manganèse, de cuivre et de plomb, de zinc associé à l'argent, de cobalt associé au platine, d'uranium, de phosphate, de calcaire, de pétrole et de gaz naturel sont encore non entamées.

En dépit de ses énormes potentialités naturelles et humaines, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde, avec un Indice de Développement Humain de 0.341 en 2011 correspondant au 170e rang sur 182 pays[6]. En 2012, elle a occupé le 178ième rang sur 186 pays[7].

En effet, en 2009, la croissance économique a été négative et s'est située à -0,3% du PIB qui était estimé à 556 USD/habitant[8], alors qu'en 2010, elle a été estimée à 1,9%, contre un accroissement de la population de l'ordre de 3,1%. Au cours de la même année, le déficit du budget de l'Etat s'est situé à -14,4% du PIB et a été financé principalement par la planche à billets, entrainant un taux d'inflation qui est passé de 7,9% en 2009 à 20,8% en décembre 2010 et 19,0% en 2011. L'analyse des données macro-économiques indiquent que le taux d'inflation serait de 12,8% en 2012 et 9,7% en 2013[9].

La dégradation du cadre macroéconomique a eu des conséquences sur l'aggravation de la pauvreté dans les ménages. Le pourcentage de personnes qui vit en dessous du seuil de pauvreté a baissé de 62,5% à 49,1%, entre 1994/95-2002/03, la seule sous-période de baisse sensible de la pauvreté. Par la suite, le phénomène a eu tendance à s'aggraver, avec un taux de pauvreté qui se situait à 53,0% en 2007 et à 55,2% en 2012[10].

Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le Budget national, a continué de baisser depuis plusieurs années. Les dépenses exécutées en faveur des secteurs de la santé et de l'éducation sont passées de 18,9% du budget total en 2010 à 13,5% en 2011 et 10,2% en 2012. La part de la santé a représenté 2,4% du budget total en moyenne sur la période 2010-2012[11].

Par ailleurs, le chômage touche 15% des jeunes ayant un niveau d'éducation du secondaire, 42% de ceux ayant achevé l'enseignement technique professionnel et

---

[6] *PNUD, Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2011*
[7] *PNUD, Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2012*
[8] *PNUD Rapport Mondial sur le Développement Humain 2009.*
[9] *Cadrage macro-économique, MP, 2012*
[10] *ELEP 2012*
[11] *DRSPIII, 2012*

près de 61% des titulaires d'un diplôme universitaire. Pour les filles diplômées, 85,7% ne trouvent pas d'emplois contre 61% pour les garçons de même niveau. En dehors des jeunes scolarisés, le désœuvrement et le manque d'occupation touchent 70% des moins de 25 ans, quels que soient le niveau d'instruction et le lieu de résidence[12].

Comme conséquences sous jacentes, les services sociaux de base, notamment les services de santé, se sont dégradés et sont devenus quasiment inaccessibles pour les populations les plus défavorisées du fait de la pauvreté généralisée eu égard aux différents couts de recouvrement qui y ont été instaurés pour faire survivre ces structures.

2.1.7. Contexte culturel, éducationnel et comportemental

Le Taux Brut de Scolarisation au primaire (TBS) est également en hausse passant de 78,3% en 2009/2010 à 80% en 2010/11 et 81% en 2012. Le TBS des filles est passé de 70,1% à 73,5%[13]dans la même période. Le taux brut d'achèvement est de 44% pour les filles et 56% pour les garçons.

Le taux brut d'abandon au primaire est de 8% en moyenne avec 13% pour les filles et 6 % pour les garçons. Il est de 94% chez les filles à Conakry contre 26 % dans la région Nzérékoré.

Selon l'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté (ELEP) de 2008, le taux d'alphabétisation [14] est de 34,5% pour l'ensemble du pays, 49,9% et 21,5% respectivement pour les hommes et les femmes.

Les attitudes et comportements de la majorité de la population apparaissent souvent peu favorables à la santé. Ils se caractérisent par :

- un faible respect des règles d'hygiène et d'assainissement,
- un faible niveau d'informations sur la sexualité et les méthodes contraceptives (seulement 8,5% des femmes en âge de procréer utilisent une méthode moderne ou traditionnelle et la prévalence contraceptive moderne est de 7%)[15],
- un faible niveau de connaissance sur le mode de transmission et de prévention de certaines maladies comme les maladies sexuellement transmissibles, y compris le Sida (63 % et 75 % respectivement pour les femmes et les hommes)[16],
- une augmentation de la criminalité (surtout en milieu urbain), de la consommation de la drogue, et des accidents de la circulation.

Les études menées sur l'itinéraire thérapeutique montrent que la majorité des malades commencent ou terminent leurs soins en médecine traditionnelle. Ceci

---

[12] *DSRP III*
[13] *MP, Bulletin de Population et Développement, 2012*
[14] *MP, 'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté, 2012*
[15] *MP, Bulletin de Population et Développement, 2012*
[16] *MP, INS, EDS4, 2012*

montre l'importance accordée à la médecine traditionnelle par la population et le poids des croyances sur le choix de leurs options thérapeutiques[17].

2.1.8. Profil environnemental et Cadre de vie

Selon le rapport 2012 du Programme Commun OMS/UNICEF du suivi de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement (JMP, 2012), le taux de couverture nationale en eau potable est de 74% avec de grandes disparités entre le milieu urbain (90%) et le milieu rural (65%). Les principales sources d'approvisionnement en eau de boisson des ménages se répartissent comme suit: forages (47%), bornes fontaines ou robinet (22%), eaux de surface (16,1%)[18].

Le taux de couverture nationale de l'assainissement est de 18% (32% en milieu urbain contre 11% en milieu rural)[19]. La mauvaise gestion des eaux usées et des excréta entraine la pollution du sol, de l'air, des eaux (souterraines et de surface), ainsi que la stagnation des eaux usées en certains endroits. Cette stagnation favorise le développement des gites larvaires des vecteurs de maladies.

Au niveau national, 77 % des ménages rejettent les ordures dans la nature. Ce taux est de 93% en milieu rural, 18,1% à Conakry et 64,4% dans les autres centres urbains. Le ramassage public ne se fait qu'à Conakry et concerne 55,4% des ménages. Le ramassage privé compte pour 10,5% et l'incinération pour 6,1%[20]. La présence des dépotoirs sauvages un peu partout dans la ville de Conakry et à l'intérieur du pays favorise la prolifération des insectes et des rongeurs, vecteurs de maladies.

La production de déchets hospitaliers en Guinée est estimée à plus de 700 tonnes par an[21]. La plupart des structures de soins ne dispose pas d'infrastructures et d'équipements adaptés et suffisants pour le tri, la collecte, le transport, le stockage, le traitement et l'élimination de ces déchets.

Les activités industrielles rejettent dans le milieu naturel des matériaux et substances hautement toxiques et dangereux, qui sont source de pollution d'ordre physique, chimique et bactériologique pour le sol, l'air et l'eau. Les eaux usées industrielles sont pour la plupart rejetées sans traitement préalable dans la mer, les cours d'eau, les caniveaux, le sol, etc. D'une manière générale, les substances chimiques (nitrates, métaux lourds, chlorures, etc.) et les polluants organiques libérés par les industries, sont source de diverses maladies humaines, de la mort de plusieurs espèces aquatiques et de plantes[22].

La sécurité sanitaire des aliments pose des problèmes de santé publique de grande envergure et les maladies d'origine alimentaire restent prédominantes dans le pays. Les analyses microbiologiques des aliments vendus/consommés dans les rues de la

---

[17] *MSHP, Politique nationale de la santé communautaire, 2012*
[18] *ENENSE Guinée 2007*
[19] *JMP, 2012*
[20] *UNICEF, Rapport d'évaluation, 2009*
[21] *MSHP, Stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux, 2010*
[22] *MSHP/MEEF, Rapport ASEB Guinée, 2013*

capitale Conakry, ont montré que 81,2% de ces aliments sont contaminés[23]. Dans la quasi-totalité des abattoirs et boucheries, les viandes sont exposées directement à l'air libre et le port des tenues n'est pas systématique, toutes conditions favorables aux contaminations microbiennes. Selon l'enquête MICS 2008, 37,4% seulement des personnes enquêtées se lavent les mains avant de manger.

Les résultats de l'EDS/2005 mettent en évidence une certaine précarité des conditions de logement en Guinée. Plus de la moitié des ménages (56%) vivent dans des logements dont le sol est en terre ou sable, ce qui favorise la propagation des maladies infectieuses et parasitaires. En milieu urbain, la majorité des logements a un sol recouvert de ciment (81%), et en milieu rural, le sol des trois-quarts des logements (75%) est en terre, sable ou bois.

2.1.9. Communication et énergie

La Guinée dispose d'un aéroport international (Conakry-Gbéssia) et de trois aéroports régionaux (Kankan, Labé, N'Zérékoré). Il existe également six aérodromes exploités par des sociétés minières (Gbenko, Kamsar, Sangarédi, Léro, Kiniéro et Beyla).

Dans le domaine des transports maritimes, la Guinée dispose de deux ports principaux : le port de Conakry et celui de Kamsar et d'un certain nombre de petits ports secondaires et de débarcadères.

Le réseau routier de la Guinée comporte un linéaire total de 43 493 km composé de 7 000 km de route nationale, 15 513 km de route préfectorale, 20 980 km de route communautaire. La Guinée dispose de 2 000 km de voies urbaines dont 700 km environ à Conakry.

Trois réseaux ferroviaires privés en bon état sont exploités par les sociétés minières pour leur propre transport : Conakry – Fria (144 Km), Kamsar – Sangaredi (136 Km) et Conakry – Débélé (110 Km).
Le secteur des télécommunications est caractérisé essentiellement par l'existence[24] de:

- cinq Opérateurs Télécoms opérationnels qui totalisent environ 4 millions d'abonnés);
- un exploitant public postal et des Sociétés de messagerie ;
- une dizaine de fournisseurs d'accès Internet.

Outre la radio et la télévision nationale, le Gouvernement a régularisé la signature d'agrément et conventions d'établissement avec cinquante-deux (52) radios et six (6) télévisions privées.

2.1.10. Commerce

Le commerce est dominé par le secteur informel (plus de 75% des activités). Il se caractérise par : le non-respect de la réglementation et des exigences de qualité, les circuits de commercialisation des produits mal définis et non suivis par les opérateurs

[23] *MSHP/OMS, Analyse situationnelle de l'Hygiène alimentaire, 2008*
[24] *MP, Plan Quinquennal de développement, 2011-2015*

économiques, l'absence de stratégie de promotion des exportations, la faiblesse des moyens financiers, humains et techniques, l'insuffisance et le manque de fiabilité des statistiques commerciales du pays et le manque d'une caisse de stabilisation[25].

Les importations sont composées essentiellement de biens et équipements intermédiaires (33,5%), de denrées alimentaires et autres produits de consommation (24%) et des oléagineux (11,9%).
Les exportations de produits ont augmenté de 11,8% en 2007 à 17% en 2008, alors que les importations sont passées de 25,5% à 22% du PIB. L'Union Européenne est la principale destination des exportations du pays avec 60%, suivie des Etats-Unis avec 20%. Le volume des exportations vers les pays de la CEDEAO est marginal avec moins de 4%[26].

2.1.11. Tourisme

Le pays compte plus d'une centaine de sites naturels, culturels et écologiques qui offrent des possibilités d'aménagement pour le tourisme ont été répertoriés. La Guinée reçoit actuellement plus de 44 000 touristes par an. Les projections à l'horizon 2015 sont de 400 000 touristes par an. Dans cette perspective, le pays a entrepris d'augmenter sa capacité d'accueil à travers la rénovation ou la construction de réceptifs hôteliers[27].

2.2. Etat de Santé de la Population

2.2.1. Indicateurs généraux

Les principaux indicateurs de santé sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau n° 1: Quelques indicateurs sociodémographiques et sanitaires

Indicateurs	EDS 2005	EDS 2012
Taux brut de natalité	38,4 ‰	34,0 ‰
Taux brut de mortalité	-	10,19 ‰
Taux de mortalité infanto-juvénile	163 ‰	122 ‰
Taux de mortalité maternelle	980 /100 000 NV	710 /100 000 NV
Indice synthétique de fécondité	5,7	5,1
Taux de mortalité néonatale	39 ‰	35 ‰
Couverture en CPN	82 %	85 %
Taux d'accouchements assistés	38 %	49 %
Taux de prévalence contraceptive moderne	6,8 %	7 %
Taux de séroprévalence VIH	1,5 %	1,7 %
Espérance de vie	62 ans	58,9 ans*
Indice de pauvreté	53,0 % **	55,2 % **
Insuffisance pondérale chez les moins de 5 ans	26%	18%

** RMDH, 2010, ** ELEP, 2012*

Tableau N°2 : Dix (10) premières causes de consultation dans les

[25] *MP, Plan Quinquennal de développement, 2011-2015*
[26] *MP, Plan Quinquennal de Développement, 2011-2015*
[27] *MP, Plan Quinquennal de Développement, 2011-2015*

formations sanitaires publiques en 2011

N°	Rubriques maladies	Nombre de cas notifiés	% de consultations
1	Paludisme	1 034 224	40,82
2	Infections respiratoires Aigues inf. à 3 semaines	540 187	21,32
3	Helminthiases intestinales	326 824	12,90
4	Diarrhées non sanglantes	186 371	7,35
5	Ecoulement vaginal	90 108	3,55
6	Gastrites /Ulcères	85 921	3,39
7	Anémies	63 577	2,50
8	Douleurs abdominales basses	63 450	2,50
9	Traumatismes	61 611	2,43
10	Maladies dermatologiques	40 474	1,59
TOTAL		2 533 221	100

Source : MSHP. Annuaire statistique 2011

Tableau N° 3 : Dix premières causes d'hospitalisation dans les formations sanitaires publiques en 2011

N°	Rubriques maladies	Nombre total de cas notifiés	% d'hospitalisation
	Paludisme	30 717	45, 30
	Anémies	7685	11,33
	Infections respiratoires aigues	4480	6,60
	Hernies	4429	6,53
	Traumatismes	4336	6,39
	Appendicites	3693	5,44
	Fièvre typhoïde	3608	5,32
	Maladies hypertensives	3 134	4,62
	Helminthiases intestinales	3094	4,56
	Maladies gynécologiques	2631	3,88
TOTAL		**67 807**	**100**

Source : MSHP. Annuaire statistique 2011.

Tableau N° 4 : Dix premières causes de décès dans les hôpitaux/CMC en 2011

AFFECTIONS	Moins de 15 ans	15 ans et +	TOTAL	Proportion des moins de 15 ans
Paludisme grave	556	156	712	78%
Autres anémies	219	96	315	70%
SIDA	8	176	184	4%
Diabète sucré	2	132	134	1%
Hypertension artérielle	0	131	131	0%
Diarrhées non sanglantes	50	64	114	44%
Autres mal. cardiovasculaires	1	103	104	1%
Anémies Femmes en grossesse	48	54	102	47%
I.R.A<3 semaines	57	36	93	61%
Méningites	44	33	77	57%

Source : MSHP. Annuaire statistique 2011

2.2.2. Profil Pathologique

2.2.2.1. Maladies transmissibles

Les maladies transmissibles couramment rencontrées sont les suivantes :

a. Les maladies diarrhéiques

Au niveau national, la prévalence de la diarrhée est de 12,4% chez les enfants âgés de 0 à 59 mois. Au niveau régional, les prévalences les plus élevées s'observent à Conakry (17,9%), Labé (17,7%) et N'Zérékoré (12,7%)[28]. Parmi les enfants qui ont eu la diarrhée, 23,2% bénéficient de correction des pertes hydro-électrolytiques par l'usage du SRO. Le zinc est utilisé chez seulement 2,8% des enfants diarrhéiques.

b. Le choléra

La Guinée connaît presque chaque année, depuis 1990 une épidémie de choléra qui a pris, depuis 2003, une allure endémique s'étendant chaque année sur 6 mois et plus, avec un pic épidémique en période hivernale. En 2011, seul Conakry a eu 2 cas et 0 décès ; en 2012, le pays a enregistré 11.941 cas dont 156 décès[29].

c. La méningite

La Guinée enregistre chaque année des cas sporadiques et parfois des flambées épidémiques. Toutefois, en plus des districts sanitaires de la ceinture méningée, des flambées épidémiques ont été enregistrées dans d'autres districts. En 2008, à la 43ème semaine, un total de 507 cas et 81 décès soit une létalité de 16%, ont été répertoriés[30].

d. Les IRA

Selon l'enquête SMART 2011-2012, environ un tiers (30,0%) des enfants âgés de 0 à 59 mois avaient présenté une toux évoquant une IRA au cours des 2 semaines précédant l'enquête. Du point de vue régional, c'est à N'Zérékoré (45,0%), Boké Sud (42,9%) et Kindia (42,3%) que les prévalences les plus élevées ont été observées.

e. Le Paludisme

En Guinée, dans les formations sanitaires publiques, le paludisme représente la première cause de consultation (33,8%), d'hospitalisation (31%) et de décès (14,2%) tous âges confondus. Le nombre de cas notifiés par les formations sanitaires est passé de 1.189.016 cas en 2011 à 1.066.156 en 2012[31].

f. La Fièvre jaune

Selon les statistiques du Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, entre 2000 et 2009, un total de 1286 cas suspects de fièvre jaune a été enregistré.

---

[28] *DAN/UNICEF, SMART, 2012*
[29] *DPLM, MSHP, 2012*
[30] *DPLM, MSHP, 2012*
31 MSHP, Annuaire des statistiques sanitaires, 2011

g. La tuberculose

La tuberculose est un problème majeur de santé publique en Guinée avec un taux de létalité de 8%. Le rapport d'activités 2012 du PNLAT montre l'existence d'une disparité selon les préfectures et les régions. Le taux de dépistage est de 66% pour la Basse Guinée et la Haute Guinée ; il est de 63% en Moyenne Guinée, de 75% pour la Guinée Forestière et de 78% pour la Ville de Conakry[32].

h. Le VIH/Sida

La prévalence moyenne du VIH au sein de la population générale est passée de 1,5% en 2005 (EDS 2005) à 1,7% en 2012 (EDS 2012). L'analyse des résultats de 2005 montre une féminisation de l'infection avec un taux de séroprévalence de 1,9% chez les femmes de 15-49 ans, contre 0,9% chez les hommes de la même tranche d'âge. Dans le cadre de l'accès des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) aux médicaments antirétroviraux (ARV), on compte en 2010, 20 430 PVVIH qui étaient sous traitement sur un total de 36 266 [30 819 – 43 514, estimation Spectrum 2010] PVVIH éligibles, soit une proportion moyenne de prise en charge de 56%.

i. La Poliomyélite

Les Journées de Vaccination contre la poliomyélite couplée à l'administration de la vitamine A et du déparasitant sont organisées dans l'ensemble du pays au moins deux fois l'an. Par rapport à la surveillance, on note en 2012, un total de 186 cas avec zéro décès. Le taux de PFA non polio a été de 3,35 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans. Les huit régions ont atteint les deux indicateurs de performance et aucun district n'est sous silence.

j. Le Tétanos

En 2010, 64 cas de tétanos néonatal ont été rapportés dans 15 districts. Dans le cadre de la riposte, des campagnes de vaccination ont été réalisées dans toutes ces préfectures.

k. La Rougeole

En 2009, une épidémie de rougeole a été enregistrée dans le pays entre la 35ème et la 52ème semaine de l'année, débouchant sur un total annuel de 4.755 cas suspects de rougeole et 10 décès ; 281 cas suspects (soit 5,91%) ont bénéficié de prélèvements et d'analyse, dont 114 cas ont été confirmés positifs aux Immunoglobulines (Igm) de la rougeole (41,56%) et 5 aux Igm de la rubéole (1,7%). Le statut vaccinal des sujets se présente comme suit : 25,26% des cas suspects étaient vaccinés contre 22,41% non vaccinés et 3,91% de statut inconnu.

2.2.2.2. Maladies non transmissibles.

L'ampleur des maladies non transmissibles devient de plus en plus préoccupante. Les principales d'entre elles sont décrites ci-dessous[33] :

---

[32] *Gouvernement guinéen/PNUD, 2006*

[33] *MSHP, Document de Programme National Intégré de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles (PNIPCMNT), 2010*

a. Le diabète

Dans la population âgée de 15 à 64 ans, la prévalence du diabète était de 3,5%. Les hommes étaient concernés de la même manière que les femmes respectivement : 3,4% et 3,6%[34].

b. Les maladies cardiovasculaires

L'HTA concerne 28,1% de la population, dont 28,3% chez les hommes et 28,0% pour les femmes. Ce pourcentage était de 23,8 % à Conakry, 25,1% en Basse Guinée urbaine et 34,1% en Basse Guinée rurale.
Les cas d'HTA méconnus représentaient 74,0% des cas[35].

c. Les cancers

Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus à Conakry est de 48,3 p. 100 000 femmes. La tranche d'âge la plus concernée par ce cancer est celle de 35-45 ans.
Le cancer du sein, 0,3 p. 100 000 hommes et 14,3 p. 100 000 femmes, le cancer du foie, 31,5 p. 100 000 et le cancer de la prostate 15,5 p. 100 000[36].

d. Les affections respiratoires chroniques

En 2002-2003 la prévalence de l'asthme bronchique était de 12,4% en milieu scolaire à Conakry.

e. La drépanocytose

Les données disponibles sont issues de l'analyse rétrospective des résultats de demande du test d'Emmel dans les laboratoires privés et publics du pays. Le test d'Emmel était positif dans 11,57% des demandes de routine de cet examen en 2007 et 2008.

Les facteurs de risque modifiables des MNT selon l'OMS sont : tabac, alcool, consommation insuffisante de fruits et légumes, bas niveau d'activité physique, surcharge pondérale et obésité, hyperglycémie modérée à jeun, hypercholestérolémie et association de facteurs de risque pour les MNT.

La malnutrition

En Guinée, 31 % des enfants souffrent de malnutrition chronique dont près de la moitié (14 %) sous une forme sévère. Le niveau du retard de croissance augmente rapidement avec l'âge : de 16 % chez les enfants de 6 à 8 mois, il passe à 21 % chez ceux de 12 à 17 mois, puis continue d'augmenter pour atteindre un maximum de 40 % parmi les enfants de 36-47 mois. Le niveau de malnutrition chronique est légèrement plus élevé chez les enfants de sexe masculin (33 %) que ceux de sexe

---

34 Enquête STEPS, 2009
35 Enquête STEPS, 2009
36Registre d'hospitalisation des hôpitaux de Conakry 1992 - 2006

féminin (30 %). Les enfants du milieu rural accusent plus fréquemment que ceux du milieu urbain un retard de croissance (36 % contre 18 %). Par ailleurs, les résultats montrent que le niveau de malnutrition chronique est nettement influencé par le niveau d'instruction de la mère : de 34 % chez les enfants de mère sans instruction, la proportion d'enfants atteints de malnutrition chronique passe à 25 % parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et 17 % chez ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus.

Les enfants dont le poids/taille est en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont atteints d'émaciation ou de maigreur. Les résultats montrent que 10 % des enfants sont émaciés dont un peu moins de la moitié (4 %) sous la forme sévère[37].

2.2.2.3. Traumatismes

Des travaux réalisés en 2007 par les services du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ont montré que les traumatismes sont essentiellement dus aux : accidents de la voie publique (64,35 %), chutes des palmiers à huile, des arbres fruitiers, dans l'exploitation artisanale des mines d'or et de diamant (14,28 %), accidents de travail (2,64%), accidents domestiques (1,57 %) et accidents de sports (1,02%). La même source indique que 26,57 % des cas enregistrés sont des femmes contre 73,12 % d'hommes ; 46,39 % des traumatisés sont des jeunes de 5 à 24 ans[38].

2.2.3. Santé maternelle, néonatale et infantile, adolescent et jeunes

2.2.3.1. Santé maternelle et néonatale

Le ratio de mortalité maternelle reste très élevé et les tendances observées depuis 1992 situent le pays en dessous de la moyenne de l'ensemble de l'Afrique; ce ratio est passé de 980 à 710 pour 100 000 naissances vivantes entre 2005 et 2012. Sous le poids de nombreux facteurs, la majorité des accouchements se fait malheureusement encore à domicile sans le concours de personnels qualifiés (49%). Cela n'est pas sans interférence sur cette "tragédie de mourir en donnant la vie". Le taux de césarienne est de 2%[39].
La forte mortalité maternelle et néonatale en Guinée est la conséquence des trois retards[40]:

- Premier Retard : Reconnaître le problème et décider de consulter les services de santé ;
- Deuxième Retard: retard accusé pour arriver à l'établissement de santé (Centres de Santé et Hôpitaux) ;
- Troisième Retard: retard accusé pour recevoir un traitement adéquat dans un établissement de santé.

D'autres facteurs socioculturels influencent la mortalité maternelle, néonatale tels

---

[37] *MP, EDS IV, 2012*

38 MSHP, Politique Nationale de Lutte contre les Traumatismes en Guinée

[39] *MP, EDS 4, 2012*

40 MSHP, Feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile 2012-2015

que la malnutrition de la femme avant ou pendant la grossesse, les carences en micronutriments, la sexualité et les mariages précoces ; les grossesses précoces, non désirées, tardives, trop rapprochées et trop nombreuses; la persistance des comportements à risque y compris les pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la femme comme l'excision et les violences basées sur le genre; le faible respect des règles d'hygiène et d'assainissement , l'insuffisance de mécanismes de solidarité en faveur de la santé maternelle.

2.2.3.2. Santé infantile

Selon les résultats de l'EDS III/2005, le taux de mortalité infantile était de 91‰ et 67‰ pour l'EDS IV/2012. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est estimé à 122 ‰.

Par ailleurs, 37 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 11 % n'ont reçu aucun vaccin. Les autres (52 %) ont été partiellement vaccinés. Entre 2005 et 2012, la couverture vaccinale est passée de 79 % à 82 % pour le BCG, de 61 % à 66 % pour le polio 0, de 83 % à 85 % pour le polio 1 et de 68 % à 71 % pour le polio 2. La couverture vaccinale pour la rougeole est passée de 50 % à 62 %.

Le risque pour un enfant de mourir durant le premier mois de naissance, avant son premier ou son cinquième anniversaire, est fortement lié, en Guinée à la situation géographique de son lieu de naissance

Les causes immédiates de la mortalité infanto-juvénile sont par ordre d'importance : le paludisme (31%), les causes néonatales (28%), les pneumonies ou infections respiratoires aigues (20%), les maladies diarrhéiques (17%), le SIDA et la rougeole (2% chacun). Les causes néonatales se répartissent sur les infections sévères (31%), les détresses respiratoires (23%), la prématurité (20%), le tétanos néonatal (11%), les malformations (5%), les diarrhées (3%) et les causes diverses (7%). En outre, le faible poids à la naissance et la malnutrition font également partie des principaux facteurs de risques et sont associés à 50% des décès de cette cible[41].

2.2.3.3. Santé et Développement des Adolescents et des Jeunes

Sexualité : Les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour 14 % à la fécondité globale.
La prévalence contraceptive est de 8,8 % (toutes les méthodes confondues) chez les adolescents de 15 à 19 ans et 10,7 % chez les jeunes de 20 à 24 ans. La fécondité est plus élevée en zone rurale (6,3) qu'en zone urbaine (4,4)[42].

Mariages précoces : Les femmes guinéennes se marient très jeunes, 37,9 % des femmes de 15 à 19 ans sont mariées contre 1,5% des hommes du même âge. 20,2% des femmes sont à leur première union à l'âge de 15 ans.
On note une diminution sensible des mariages très précoces puisque 27 % des femmes de 45-49 ans étaient déjà mariées à 15 ans exacts, contre 20 % des

---

[41] *MSHP, Feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile 2012-2015*
[42] *EDSIII-2005.*

femmes de 20-24 ans et seulement 12 % des femmes de 15-19 ans à l'enquête[43].

Mutilations génitales féminines : **L**a pratique de l'excision est presque universelle, quelle que soit la caractéristique sociodémographique, 96 % des femmes guinéennes déclarent avoir été excisées[44].

Toxicomanie : La Guinée, comme la plupart des pays africains est confrontée à des problèmes majeurs de santé mentale liés à la toxicomanie, car la consommation de la drogue est devenue fréquente chez les adolescents et les jeunes.

Tabagisme et alcoolisme : Dans les établissements scolaires 17% des effectifs consomment le tabac alors qu'à l'échelle nationale, 57% de la population sont des fumeurs[45].
IST/SIDA : Les comportements à risque perdurent avec l'augmentation de l'exposition aux risques de plus en plus élevés de contracter les IST/VIH/SIDA.

2.2.4. Changement climatique, biodiversité et santé

La Guinée est confrontée aux effets de l'élévation de la température et du niveau de la mer dans sa partie côtière. Dans sa partie nord, elle est sujette à une perturbation du régime pluviométrique et l'avancée du sahel ; dans la zone de transition et forestière la déforestation et la dégradation des sols s'accélèrent de plus en plus, aggravées par la pression démographique et la dépendance énergétique du bois de feu, détruisant les quelques reliques de forêts. Ces tendances risquent de s'aggraver avec les perspectives d'augmentation très significative de l'exploitation minière et hydraulique dans les années à venir[46]. Le secteur de la santé est l'un des plus vulnérables aux effets du changement climatique.

2.2.5. Les Programmes de santé

En tenant compte des problèmes de santé de la population, certaines maladies ont été ciblées en priorité et ont fait l'objet de programmes spécifiques à savoir : Le programme élargi de vaccination / soins de santé primaires, la lutte contre la lèpre, l'ulcère de Buruli, le VIH/SIDA, l'onchocercose et la cécité, le paludisme, la tuberculose, la prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant, la Maternité Sans Risques, la Santé mentale, les traumatismes, la trypanosomiase humaine africaine et les MNT.

2.3. Les déterminants sociaux

Les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent dépendent de forces politiques, sociales et économiques.
Les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé reposent principalement sur l'amélioration des conditions de vie quotidiennes, la lutte contre les inégalités

---

[43] *EDSII-1999.*
[44] *EDSII-1999.*
[45] *Enquête sur le tabagisme en milieu scolaire (avril 2001), Guinée*
[46] *UE, Note conceptuelle pour l'initiative Global Climate Change Alliance (GCCA) Guinee, 2012*

dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, la mesure du problème, l'analyse et l'évaluation de l'efficacité de l'action.

En Guinée, selon les estimations des comptes nationaux de la santé, la période de 1994/95-2002 a été marquée par une croissance forte entre 1994 et 1999, de l'ordre de 5.1 pour cent en moyenne annuelle et une croissance appréciable de 3.4 pour cent par la suite. Ainsi, la croissance du PIB par tête sur l'ensemble de cette période a été de 1.3% en moyenne annuelle. Les deux périodes suivantes sont caractérisées par une crise économique durable, avec un recul du PIB par tête de -0.8% en moyenne annuelle entre 2002/03 et 2007 et de -0.6 pour cent entre 2007 et 2011.

2.3.1. Conditions de vie quotidiennes

L'incidence de la pauvreté au niveau national est passée de 53% en 2007 à 55,2% en 2012, soit une hausse de 2,2 points de pourcentage. L'évolution constatée montre que l'effectif des individus vivant en-dessous du seuil de pauvreté est passé de 5,1 millions de personnes en 2007 à 6,2 millions d'individus en 2012[47]. Cet accroissement du nombre de pauvres pose un vrai défi en termes d'accès aux services sociaux de base, à l'emploi et à l'aménagement du territoire.

2.3.2. Inégalités sociales et pauvreté

En 2007, les 30% des individus vivant dans les ménages les plus pauvres concentraient 13.8% des dépenses de consommations ; et les 30% vivant dans les ménages les plus riches avaient 51.5% des dépenses de consommation ; ces ratios sont de 13.9% et 52% pour ces deux catégories respectives en 2012[48].

Au niveau national, l'incidence de la pauvreté augmente de 2.2 points sur la période 2007-2012, 1.3 point est dû au recul de l'économie et 0.9 point à une distribution des revenus défavorables aux plus pauvres.[49].

2.3.3. Efficacité de l'action

Il y a un déplacement perceptible des emplois les plus productifs vers les emplois les moins productifs en milieu urbain entre 2002 et 2012. Par exemple, la proportion des emplois salariés dans l'administration et les grandes entreprises tend à la baisse, alors qu'il y a relativement plus d'indépendants agricoles. En soi, l'accroissement de l'importance de l'agriculture en milieu urbain pourrait relever d'une plus grande vulnérabilité des populations urbaines. Quant au milieu rural, les emplois restent concentrés autour des travailleurs pour compte propre dans l'agriculture et des aides familiaux, mais il y a proportionnellement plus de travailleurs pour compte propre, ce qui va dans le bon sens en termes d'amélioration des revenus.

D'une manière générale, l'offre de biens et services publics et le système de recouvrement des coûts pratiqués affectent de manière indéniable les conditions de

---

[47] *MEEF, DSRP 2013-2015*
[48] *MP, ELEP, 2012*
[49] *MP, ELEP, 2012*

vie des ménages.
Depuis 2002, les indicateurs sociaux même s'ils ne se dégradent pas, ne s'améliorent pas pour autant, confirmant les difficultés auxquelles font face les populations. Dans le domaine de la santé, en situation de baisse des revenus, il peut arriver que les populations aient tendance à moins fréquenter les centres de santé, ce qui à terme peut avoir des conséquences sur la mortalité.

3. Analyse stratégique

3.1. Points forts

- Des documents de politiques, de stratégies et directives disponibles dans le secteur de la santé ;
- Disponibilité des données dans le domaine de la santé (Etudes, Recherches, Enquêtes, etc.) ;
- Des cadres de concertation intersectorielle entre certains acteurs et Départements Ministériels ;
- L'amélioration de l'état de santé à travers certains indicateurs (mortalité maternelle et infantile, insuffisance pondérale, etc.).

3.2. Points faibles

- La méthode de financement reposant essentiellement sur le paiement direct par les ménages ;
- La non-application des directives législatives et réglementaires existantes ;
- le Partenariat Public/Privé presque inexistant ;
- L'accès aux soins reste insuffisant pour la majorité de la population;
- Le déséquilibre dans la répartition des partenaires sur le territoire national (régions et localités défavorisées) ;
- Le peu d'attention accordée à la gestion de l'environnement et de la biodiversité.

3.3. Menaces

- Les troubles sociaux récurrents ;
- La mauvaise gouvernance ;
- Epidémie et catastrophe ;
- Les changements climatiques ;

3.4. Opportunités

- Révision de la politique nationale de santé et l'élaboration du nouveau PNDS ;
- Existence des initiatives de financement et de partenariat pour la santé (GAVI, IHP+, Fonds mondial, Muskoka, SUN, REACH, Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement, OMD, etc.) ;
- L'atteinte du point d'achèvement PPTE ;
- L'engagement manifeste du Gouvernement à augmenter la part de la santé dans le budget national.

4. Défis

- La réduction des inégalités entre les régions et les catégories sociales en matière d'offre et d'accès aux services de santé ;
- L'amélioration de la qualité des services de soins ;
- L'accès universel aux soins de qualité ;
- Le renforcement du système d'informations sanitaires ;

- La mise en œuvre de la logistique intégrée (médicaments, réactifs, vaccins, consommables, etc.) ;
- La gestion de l'interface santé et environnement ;
- L'adaptation et l'orientation de l'évolution du système de santé aux exigences de la réforme et la modernisation de l'administration avec la régionalisation, la décentralisation/déconcentration surtout vers une gouvernance locale du système de soins et de santé.

5. Axes stratégiques et actions prioritaires

- la mise à l'échelle d'un paquet essentiel d'activités à haut impact afin de permettre aux pauvres d'accéder aux soins de santé de base

- la mise en place d'un système de complémentarité verticale et horizontale entre les formations sanitaires de différents niveaux, y compris les interfaces communautaires et le développement du Partenariat Public Privé (PPP)

- l'appui aux Institutions de formation et de perfectionnement pour le renforcement de la capacité technique du Personnel de Santé

- le développement des infrastructures et équipements des structures sanitaires;

- le renforcement du système d'approvisionnement et de gestion des produits de santé (médicaments essentiels, consommables médicaux, vaccins, produits sanguins, équipements, etc.)

- le développement des capacités d'habilitation des familles et communautés par la communication pour le changement de comportements en vue de l'adoption de pratiques familiales et communautaires ayant un effet bénéfique sur la santé et la nutrition maternelle, néonatale et infantile ainsi que l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes pour la santé

- le développement des mécanismes de prise en charge psycho-sociale et médico-légale des violences faites aux femmes et aux enfants

- le développement de mécanisme de gestion efficace de l'interface santé et environnement

- la mise en place d'une couverture sanitaire universelle

Quelle vision pour la nouvelle politique de santé ?

Une Guinée dans laquelle tout citoyen vivant sur le territoire national a accès à un système de santé performant, équitable, capable de satisfaire le droit à la santé pour tous, en particulier les plus vulnérables.

Bibliographie

1) DAN/UNICEF, SMART, 2012
2) MEEF, DSRP 2013-2015
3) MP, Bulletin de Population et Développement, 2012
4) MP, Cadrage macro-économique, 2012
5) MP, EDS 4, 2012
6) MP, EDS III, 2005
7) MP, INS, EDS4, 2012
8) MP, INS, ELEP, 2012
9) MP, Plan Quinquennal de développement, 2011-2015
10) MP, Situation Economique et Sociale de la Guinée 2009 - 2011
11) MSHP, Document de Programme National Intégré de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles (PNIPCMNT), 2010
12) MSHP, ENENSE Guinée, 2007
13) MSHP, Politique Nationale de l'Hygiène Publique, 2010
14) MSHP, Politique nationale de la santé communautaire, 2012
15) MSHP, Politique Nationale de Lutte Contre les Traumatismes en Guinée, 2112
16) MSHP, Feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile 2012-2015
17) MSHP, Politique nationale de promotion de la santé, 2009
18) MSHP, Rapport de l'Evaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence en République de Guinée, 2013
19) MSHP, RAPPORT Evaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence en Guinée, 2013
20) MSHP, Stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux, 2010
21) MSHP/MEEF, Rapport national ASEB Guinée, 2013
22) MSHP/OMS, Analyse situationnelle de l'Hygiène alimentaire, 2008
23) OMS/UNICEF, JMP, 2012
24) PNUD, Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2009
25) PNUD, Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2011
26) PNUD, Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2012
27) UE, Note conceptuelle pour l'initiative Global Climate Change Alliance (GCCA) Guinée, 2012
28) UNICEF, CPAP 2013-2017
29) UNICEF, Rapport d'Evaluation, 2009
30) Discours de Présentation du Projet de loi de Finances 2011 au Conseil National de la Transition, Conakry, 16 Mai 2011
31) Gouvernement guinéen/PNUD, 2006
32) MSHP, Feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile, 2012.