

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail – Justice – Solidarité



MINISTERE DE LA SANTE

**PLAN D'ACTION CONSOLIDE 2016
DU MINISTERE DE LA SANTE**

MARS 2016

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
1 PROCESSUS D'ELABORATION.....	4
2 PRESENTATION GENERALE DU PAYS.....	5
2.1. Données administratives	5
2.2. Données géographiques.....	5
2.3. Données démographiques	6
2.4. Données économiques.....	7
2.5. Données socioculturelles	7
3 PRESENTATION DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE.....	8
3.1. Organisation du système national de santé	8
3.2. Cadres de concertation et de décision au niveau du système de santé	9
3.3. Partenaires du Ministère de la santé.....	9
4 L'ANALYSE DE LA SITUATION	10
4.1. Profil épidémiologique.....	10
4.1.1 Morbidité et mortalité générales	10
4.1.2 Maladies à potentiel épidémique (MPE)	13
4.1.3 Maladies à éradiquer.....	17
4.1.4 Maladies d'intérêt en santé publique.....	17
4.1.5 Etat nutritionnel.....	21
4.1.6 Morbidité et mortalité maternelle et néonatale.....	22
4.1.7 Hygiène et assainissement	22
4.2. Ressources	22
4.2.1 Infrastructures sanitaires	22
4.2.2 Ressources matérielles et équipements	25
4.2.3 Médicaments et consommables médicaux	25
4.2.4 Ressources humaines.....	26
4.2.5 Ressources financières	27
5 BILAN DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES DE 2015.....	30
5.1. Bilan physique de la mise en œuvre des activités.....	30
5.2. Bilan financier.....	31
6 DIFFICULTES RENCONTREES	32
7 ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PNDS 2015-2024.....	32
8 OBJECTIF GENERAL	32
9 SYNTHESE DES ACTIVITES PLANIFIEES AU TITRE DE L'ANNEE 2016.....	32
9.1. Nombre d'activités et coût par orientation stratégique du PNDS 2015-2024.....	32
9.2. Situation des activités selon les interventions à haut impact	32
9.3. Situation des activités totales programmées en 2016	33
9.4. Situation du financement des activités en 2016 par source de financement.....	35
10 SUIVI ET EVALUATION	36

INTRODUCTION

La structure organisationnelle et le fonctionnement du système de santé de la Guinée sont basés sur les soins de santé primaires et le district sanitaire. Ce système de santé s'est progressivement détérioré depuis ces quinze dernières années sous l'effet de facteurs liés à l'instabilité sociopolitique récurrente dans la sous-région (conflits armés dans les pays voisins, afflux de réfugiés, etc.) et à la multiplicité des initiatives globales. Tous ces facteurs ont entraîné la fragmentation du système de santé dans un contexte général d'affaiblissement de la gouvernance et d'altération du tissu socioéconomique national.

Aussi, afin de relancer le système de santé et assurer une résilience permettant de prévenir et contrôler toute épidémie dans le futur, la Guinée s'était engagée dans un processus de révision de sa politique nationale de santé et de développement d'un Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024. Dans le cadre de cette résilience, le Ministère de la santé, en collaboration avec ses partenaires, après des concertations de haut niveau, a élaboré un plan de relance du système de santé 2015-2017. Ce plan de relance a été décliné en plans d'action opérationnels (PAO) suivant un processus participatif et inclusif.

La suite du processus prévoit la consolidation des activités planifiées dans les PAO des structures pour en faire une synthèse des activités du Ministère de la santé.

Cela devra permettre :

- d'avoir plus de visibilité sur la programmation pour l'année concernée par l'ensemble des structures du Ministère de la santé ;
- de faciliter le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS.

Le présent plan d'action du Ministère de la santé qui est le premier exercice du genre prend en compte l'ensemble des activités planifiées avec financement. Il est structuré autour des points suivants :

- le processus d'élaboration ;
- la présentation générale du pays ;
- la présentation du système de santé ;
- la synthèse de l'analyse de la situation ;

- les ressources ;
- le bilan de mise en œuvre des activités de 2015 du Ministère de la santé ;
- les problèmes prioritaires du plan d'action 2016 ;
- l'objectif du plan d'action 2016 ;
- la synthèse des activités planifiées au titre de l'année 2016 ;
- le coût du plan d'action 2016 ;
- le suivi et l'évaluation du plan d'action 2016.

1 PROCESSUS D'ELABORATION

La consolidation des PAO 2016 du ministère de la santé a été précédée par l'élaboration des PAO par les structures centrales (services, programmes/projets et hôpitaux nationaux), intermédiaires (régions et hôpitaux régionaux) et décentralisés (districts sanitaires, y compris les hôpitaux, centres médicaux communaux et aires de santé) du ministère de la santé. Les PAO 2016, de ces structures ainsi cités ont été centralisés au Bureau de stratégie et de développement (BSD) et un atelier préparatif de la consolidation a été organisé. Une répartition des travaux en trois équipes a permis de faire le point sur le nombre et la qualité des PAO 2016 prêts à être consolidés.

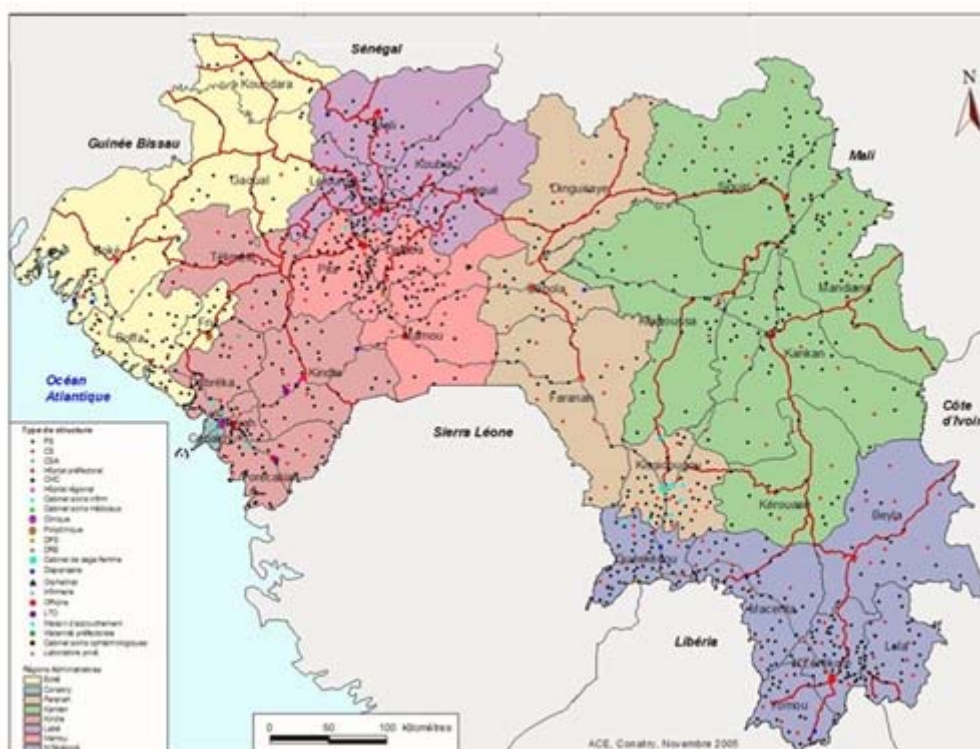
À la vue de s'assurer de la démarche et avec un souci d'aboutissement aux résultats escomptés, un appui technique avec l'aide des partenaires techniques et financiers (OMS, Unicef et GIZ) a également permis au BSD de bénéficier le soutien d'un consultant international et de deux consultants nationaux, qui ont travaillé du 1^{er} au 21 mars 2015 pour finaliser ce travail de consolidation temps attendus. Les résultats ont ensuite été validés selon les étapes suivantes :

- ✓ Elaboration des guides d'orientation standards selon le niveau d'intervention (Centre de santé, hôpitaux de districts, communaux, régionaux et nationaux y compris des services et programmes centraux) ;
- ✓ Organisation des ateliers (nationaux, régionaux et préfectoraux) de formation des acteurs à tous les niveaux du système de santé à l'utilisation des différents supports harmonisés ;
- ✓ Soutien de quelques consultants international et nationaux, qui ont travaillé tout le long du processus, avec l'équipe du BSD pour finaliser ce travail de consolidation de ses PAO temps attendus.

2 PRESENTATION GENERALE DU PAYS

2.1. Données administratives

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. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1.615 districts ruraux. La structure organisationnelle du système de santé est calquée sur le découpage administratif et comprend 8 régions et 38 districts sanitaires.



Carte n° 1 : Distribution des structures de santé par districts 2015

2.2. Données géographiques

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale. 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. Son climat est de type tropical alternant une saison pluvieuse et une saison sèche d'environ six mois chacune. Ce climat expose le pays à des risques permanents d'inondation, mais aussi à la sécheresse liée à la présence de l'harmattan dans sa zone soudano - sahélienne, des incendies en saison sèche particulièrement en Haute Guinée. Le pays donne naissance aux principaux cours d'eau

de la sous-région : le Konkouré, le Kolenté, le Niger, le Sénégal, le Lofa et la Gambie. Et l'ensemble de ces cours d'eau irrigue toute la sous-région Ouest africain.

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 d'eau par an avec une humidité élevée.

La Moyenne Guinée, région de massifs montagneux couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles entre 1500 et 2000 mm d'eau par an avec un climat semi-tempéré.

La Haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays. Le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm d'eau par an avec un climat chaud et sec.

La Guinée forestière est un ensemble de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national, caractérisée par une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm par an avec un climat humide.

2.3. Données démographiques

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014 la population guinéenne est de 10.628.972 d'habitants avec une densité d'environ 43 habitants au km². Sur la base du taux d'accroissement naturel (2,63%), la population guinéenne sera de 14 423 741 habitants en 2024. Les femmes représentent près de 52% de la population. La majorité de la population est jeune (44% sont âgés de moins de 15 ans) et vit en milieu rural (70%) presque exclusivement de l'agriculture et de l'élevage. La démographie est marquée par de fortes disparités régionales : Haute Guinée (24,9%), Basse Guinée (21,8%), Moyenne Guinée (19,3%), Guinée Forestière (18,3%) et la zone spéciale de Conakry (15,7%) de la population totale¹. Seulement, 4% des guinéens ont plus de 65 ans et la taille moyenne des ménages est de plus de 6 personnes.

Le taux brut de natalité était de 34‰ en 2012 avec un indice synthétique de fécondité de 5,1. On note un taux de fécondité élevé aux jeunes âges : 146‰ à 15-19 ans, qui augmente rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum de 224‰ à 25-29 ans et qui se maintient à un niveau relativement élevé jusqu'à 30-34 ans à 198 ‰. Les niveaux

¹ MP, Bulletin de Population et Développement, 2012

de mortalité adulte sont quasiment identiques chez les femmes et les hommes (4,9 et 4,7 décès pour 1 000 respectivement). L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans².

2.4. Données économiques

La situation socioéconomique de la Guinée en 2012 est marquée par la persistance de la pauvreté. En effet, les données de l'ELEP 2012 (Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté) indiquent que 55,2 % de la population vivent au-dessous du seuil de pauvreté. La croissance économique, estimée à 3,9% en 2011, impulsée principalement par l'augmentation de la production agricole et de la bonne tenue du secteur secondaire a perdu 2 points en 2012, suite à la survenue de la MVE.

Les recettes fiscales exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) ont augmenté de 16,8% à 19,8%, grâce à l'accroissement des recettes sur les produits pétroliers et des recettes sur le commerce international.

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, ce qui a fortement affecté la qualité et l'offre de soins de santé.

En dépit de ses énormes potentialités naturelles, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde. En 2012, elle a occupé le 178ème rang sur 186 pays⁴ à l'indice de développement humain durable (IDH).

2.5. Données socioculturelles

Le Taux Brut de Scolarisation au primaire (TBS) est 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%⁵ 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 de N'zérékoré.

Selon l'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP) de 2008, le taux d'alphabétisation⁶ est de 34,5% pour l'ensemble du pays, 49,9% et 21,5% respectivement pour les hommes et les femmes.

² PNUD, RMDH 2010.

³ DRSP III, 2012

⁴ PNUD, Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2012

⁵ MP, Bulletin de Population et Développement, 2012

⁶ MP, 'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté, 2012

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. Dans les établissements scolaires 17% des effectifs consomment le tabac alors qu'à l'échelle nationale, 57% de la population sont des fumeurs selon une enquête réalisée en 2001⁷. En l'absence de mesures efficaces de lutte contre ce fléau, rien n'indique que la situation s'est améliorée ou n'a pas empiré depuis.

3 PRESENTATION DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE

3.1. Organisation du système national de santé

La structure organisationnelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé est définie par le décret N° D/2011/061/PRG/SGG du 2 mars 2011 portant organisation et attribution du Ministère de la Santé. Le système de soins guinéen est divisé en sous-secteurs public et privé. Le système national de soins est organisé de manière pyramidale et comprend les sous-secteurs public, parapublic, privé et communautaire.

Au niveau du sous-secteur public, le pays compte au niveau primaire, 410 centres de santé et 925 postes de santé ; au niveau secondaire, 38 hôpitaux (HR, HP, CMC) et tertiaire 3 hôpitaux nationaux. Dans les centres de santé, le paquet de services est centré essentiellement sur la vaccination, la consultation primaire curative, la consultation prénatale, la planification familiale, l'accouchement assisté. Exception faite pour les centres de santé de la ville de Conakry, les activités liées à la PTME/CDV, à la PCIMNE, à la Nutrition, à la prise en charge du VIH, au développement des SONUB sont très insuffisantes, voire inexistantes par endroits.

Le paquet complémentaire de soins des hôpitaux préfectoraux couvre les spécialités de base que sont: la médecine générale, la chirurgie générale, la pédiatrie, la gynécobstétrique et les services médicotechniques.

Les hôpitaux régionaux offrent pratiquement le même paquet de prestations de soins que les hôpitaux préfectoraux. Les services spécialisés comme la cardiologie, la diabétologie, la pneumologie, la neurologie et l'urologie qui devraient être développés dans ces structures ne sont pas encore fonctionnels dans tous les hôpitaux régionaux.

⁷Enquête sur le tabagisme en milieu scolaire (Avril 2001), Guinée

Les hôpitaux nationaux offrent des prestations tertiaires réparties entre diverses spécialités⁸ et sont impliqués dans les activités de formation et de recherche.

Le sous-secteur parapublic est composé de trois dispensaires et de quatre hôpitaux d'entreprises minières et agricoles.

Le niveau communautaire est constitué de services à base communautaire (SBC) avec des agents de santé communautaires (ASC) et les prestataires de la médecine traditionnelle.

Le sous-secteur privé est constitué d'un sous-secteur privé à but lucratif et non lucratif (ONG et confessions religieuses). La particularité du privé lucrative est qu'il est fortement dominé par les structures informelles, tenu pour la plupart, du personnel paramédical. L'offre formelle se résume à 41 cliniques, 106 cabinets

Le sous-secteur informel se développe rapidement et de façon peu contrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponibles les services de santé, les tarifs appliqués sont très variables et non contrôlés, et surtout peu d'informations sont disponibles sur le niveau de qualité de ces services.

3.2. Cadres de concertation et de décision au niveau du système de santé

De nombreux outils sont mis en place dans le cadre de coordination aussi bien au niveau central, régional que préfectoral. Ces structures notamment au niveau régional et préfectoral se tiennent régulièrement (CTRS, CTPS) avec production des rapports. Ce dispositif de coordination reste relativement interne, et des efforts sont encore à faire pour systématiser des cadres de concertation avec les PTF, aussi bien au niveau central qu'au niveau régional et préfectoral. Ces cadres, pour être efficaces, doivent être alimentés par des rapports issus d'actions conjointes tels que les supervisions, les revues du secteur ou les évaluations périodiques.

La coordination avec le secteur sanitaire privé reste à réaliser notamment en zone urbaine où ces structures sont numériquement importantes.

3.3. Partenaires du Ministère de la santé

De nombreux partenaires techniques et financiers accompagnent le Ministère de la santé dans la mise en œuvre du PNDS à travers plusieurs modalités de financement (appui budgétaire général, projets/ programmes, fonds ciblés). Leurs domaines et zones d'intervention sont très divers. Les principaux partenaires intervenant au niveau du secteur de la santé sont :

⁸ Section Équipement de la DNEHS 2011

- les partenaires bilatéraux ;
- les partenaires multilatéraux ;
- les ONG internationales.

Selon les résultats des comptes nationaux de la santé réalisés en 2010, les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 62,2% des dépenses, suivi du Reste du monde, avec 26,9% des dépenses de santé dont 17,9% proviennent des fonds des coopérations multilatérales et 6,3% des fonds des ONG, fondations et firmes internationales, est la troisième source de financement de la santé avec 8,8% des dépenses de santé, dont 8,6% proviennent du Ministère de l'Economie et des Finances et 0,2% des administrations déconcentrées.

4 L'ANALYSE DE LA SITUATION

4.1. Profil épidémiologique

4.1.1 Morbidité et mortalité générales

Selon l'Enquête Démographique et de Santé 2012, le ratio de la mortalité maternelle est de 724 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale de 33‰, le taux de mortalité infanto juvénile de 123‰ et le taux de mortalité infantile de 67‰. Le niveau de ces indicateurs de mortalité maternelle, infantile et infanto juvénile reste encore très élevé par rapport aux pays à économie similaire.

Sur le plan épidémiologique, les principales causes de la morbi-mortalité sont liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique, les maladies évitables par la vaccination. Les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d'importance.

La prévalence du paludisme reste encore élevée avec une prévalence de la parasitémie à 44% chez les enfants⁹. Cette pathologie représente 40,82% des consultations et 45,30% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques et 36% des causes de décès hospitaliers sont dues au paludisme grave. C'est la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

⁹ EDS 2012

Le VIH/SIDA demeure un problème de santé publique avec une prévalence stable de 1,7% en 2012¹⁰. En 2011, le VIH/SIDA représentait 9% des consultations. L'épidémie de VIH/SIDA est de type « généralisée ».

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.

Parmi les autres maladies transmissibles, 6% des enfants de moins de 5 ans avaient présenté des symptômes d'infection respiratoire aigüe et 16% un épisode diarrhéique. Ces pathologies représentent respectivement les deuxième et troisième causes de mortalité chez les moins de 5 ans. Les infections néonatales sont aussi des causes importantes de mortalité dans cette tranche d'âge¹¹.

Il faut aussi noter la survenue fréquente d'épidémies de choléra, de méningite, de rougeole.

En 2011, 7% des décès hospitaliers sont dus au diabète sucré et 7% à l'hypertension artérielle¹².

Selon l'EDS de 2012, 31% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique, dont près de la moitié sous une forme sévère. Il existe de fortes disparités selon le milieu de vie et le statut économique. 10% des moins de 5 ans souffrent de malnutrition aigüe dont 4% sous la forme sévère.

Les maladies tropicales négligées comprennent le trachome avec une prévalence dans les zones hyper endémiques de plus de 3%, la filariose lymphatique : 10%, la schistosomiase : 50% et les géo helminthiases : 50%, l'onchocercose, l'ulcère de Buruli et la lèpre en phase d'élimination (moins de 1‰).

Les maladies chroniques deviennent de plus en plus importantes au niveau de la population. Elles sont constituées du diabète avec une prévalence de 5% chez les sujets de 15 à 64 ans, des maladies respiratoires chroniques avec 12,4% de prévalence en milieu scolaire, des maladies cardiovasculaires avec une prévalence de 28,1% d'HTA, des cancers du col de l'utérus 0,5% chez les femmes et du cancer du foie avec 31,5 p.

¹⁰EDS 2012

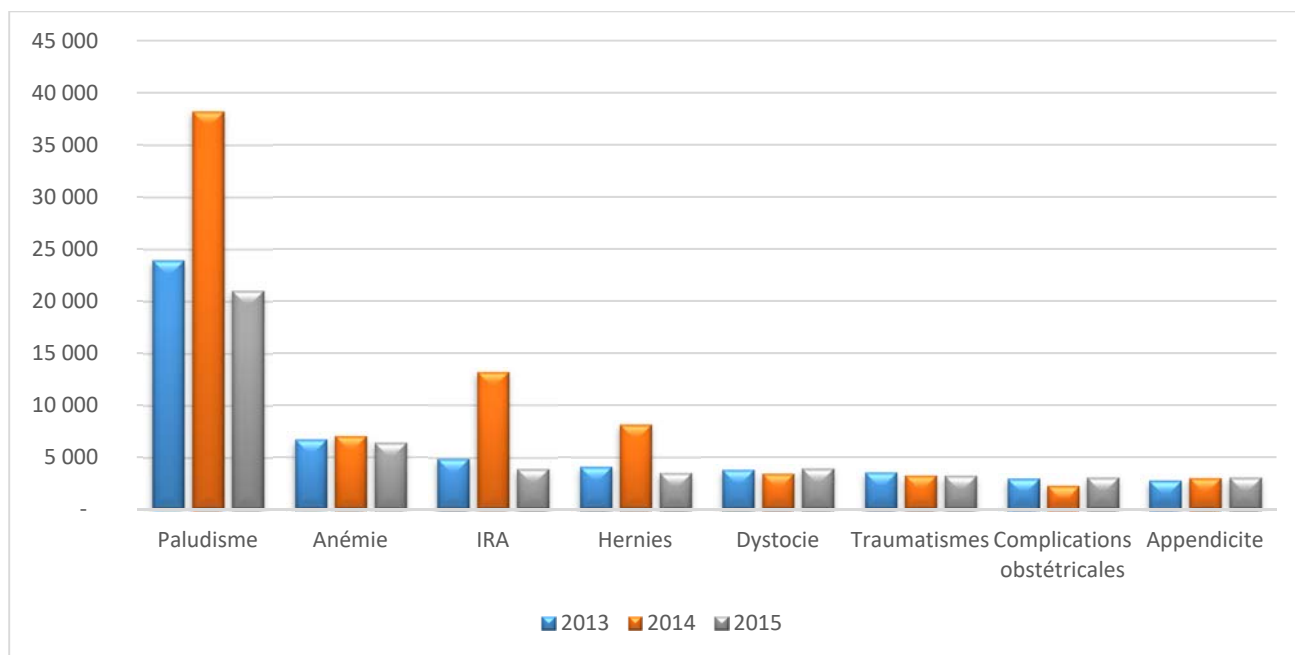
¹¹ EDS 2012

¹² Source : MSH, Annuaire statistique 2011

100 000 et enfin de la drépanocytose avec une prévalence de 11,57% selon le test d'Emmel parmi les demandes de routine¹³.

De 2013 à 2015, le paludisme a demeuré le principal motif de consultation dans les hôpitaux parmi les 10 principaux motifs. De ces dix (10) principaux motifs de consultation, huit (08) sont récurrents au cours des trois dernières années. Le graphique ci-dessous nous montre l'évolution du nombre de ces consultations de 2013 à 2015.

Graphique 1 : Evolution des 8 motifs de consultation les plus récurrents de 2013 à 2015



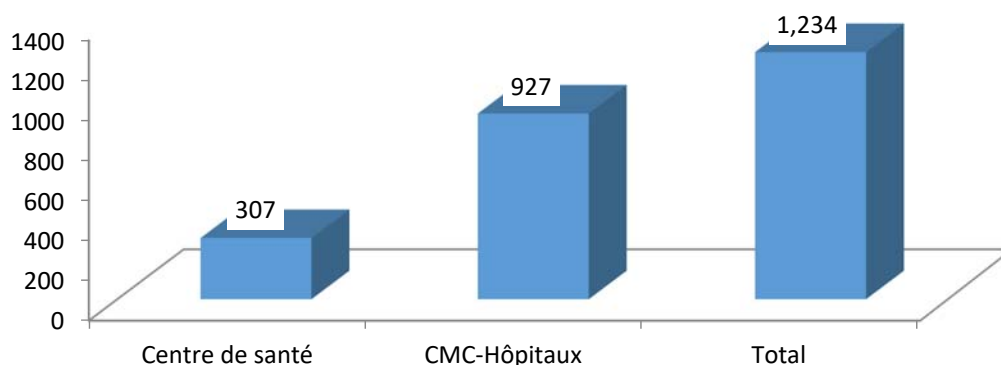
Source : PAO 2016 des HR et des HP

Le graphique ci-dessus montre que le paludisme a constitué ces 3 dernières années, le premier motif de consultation dans les hôpitaux publics, suivi des IRA, de l'anémie et des hernies. Des pics ont surtout été observés en 2014 pour ce qui concerne ces pathologies citées.

4.1.2 Maladies à potentiel épidémique (MPE)

✚ La méningite :

Avec une incidence de 0,122 pour 1000, en 2012, le nombre cas est reparti par types de structures avec le graphique qui suit :



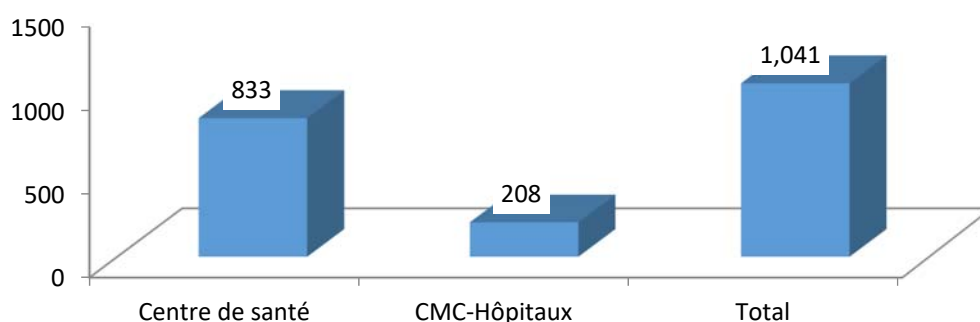
Source : Annuaire statistiques sanitaires 2012 SNIS – BSD Guinée

Graphique 2: Notification des cas de méningite par types de structures sanitaires en 2012

En 2012, 1234 cas de méningite ont été notifiés dans les structures de soins sont 927 cas dans les hôpitaux et 307 dans les centres de santé. Douze (12) cas de décès ont été enregistrés au cours de la même période.

✚ Le choléra :

Avec une incidence de 0,103 pour 1000, en 2012, le nombre cas est reparti par types de structures avec le graphique qui suit :



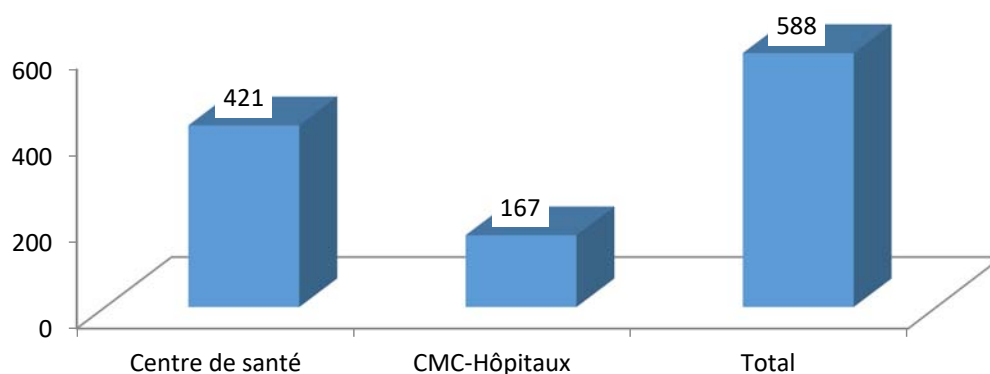
Source : Annuaire statistiques sanitaires 2012 SNIS – BSD Guinée

Graphique 3: Notification cas de Choléra par types de structures sanitaires en 2012

Le nombre de cas de choléra notifié au cours de l'année 2012 est de 1041 dont 80 % (833 cas) enregistré dans les formations sanitaires de base. Les cas de décès enregistrés se chiffrent à 114.

✚ La rougeole :

Le pays a été marqué ces dernières années par des épidémies de rougeole à travers le pays, notamment depuis l'apparition de la MVE qui a perturbé très fortement la vaccination. Ainsi, en 2014 des épidémies de cette maladie ont éclaté dans 7 des 8 régions administratives (Boké, Conakry, Faranah, Kankan, Kindia, Mamou et Labé), touchant au total 5057 enfants dont 11 décès¹⁴. En 2015, des flambées d'épidémies de rougeole ont été notifiées dans certaines préfectures du pays, qui ont suscités des campagnes nationales de vaccination.

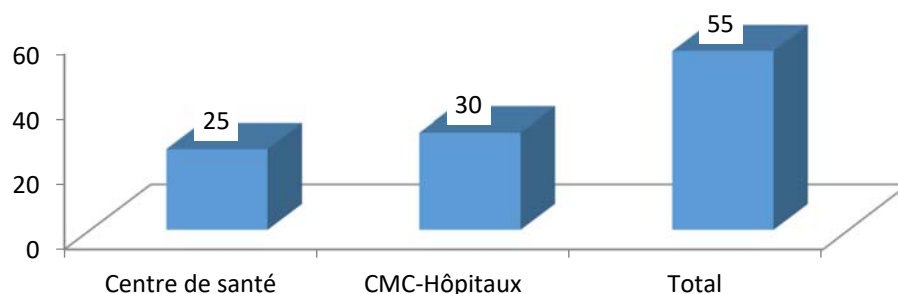


Source : Annuaire statistiques sanitaires 2012 SNIS – BSD Guinée

Graphique 4: Notification cas de Rougeole par types de structures sanitaires en 2012

✚ La fièvre jaune :

Le graphique ci- dessous montre le nombre de cas de fièvre jaune notifié dans les structures sanitaires en 2012. Le total des cas notifiés est de 50 et c'est dans les CMC/hôpitaux que plus de la moitié soit 30 cas a été notifié. Un (01) cas de décès a par ailleurs été enregistré.



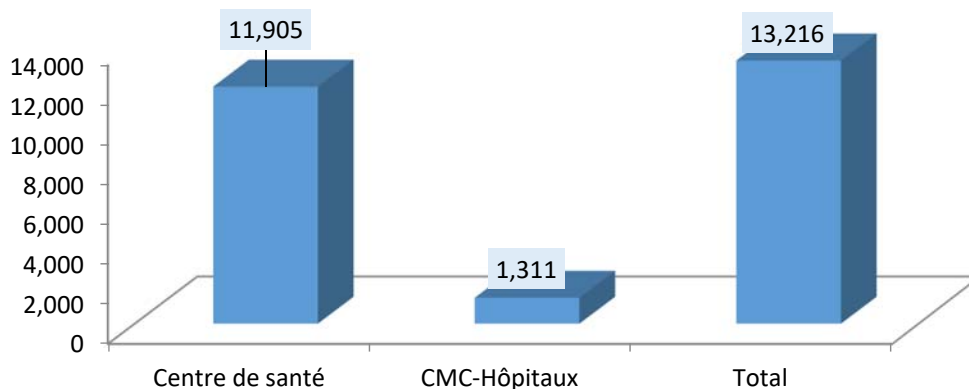
Source : Annuaire statistiques sanitaires 2012 SNIS – BSD Guinée

Graphique 5: Notification cas de Fièvre jaune par types de structures sanitaires en 2012

¹⁴ République de Guinée, A.DE.SA.ME, rapport d'évaluation de la campagne de vaccination contre la rougeole dans 19 districts sanitaires 2014.

Les diarrhées sanguinolentes :

Le graphique ci-après montre qu'en 2012, le nombre de cas de diarrhées sanguinolentes notifiés est de 13 216 et plus de 90%, soit 11 905 cas ont été notifiés dans les formations sanitaires de base. Aucun cas de décès n'a été signalé.

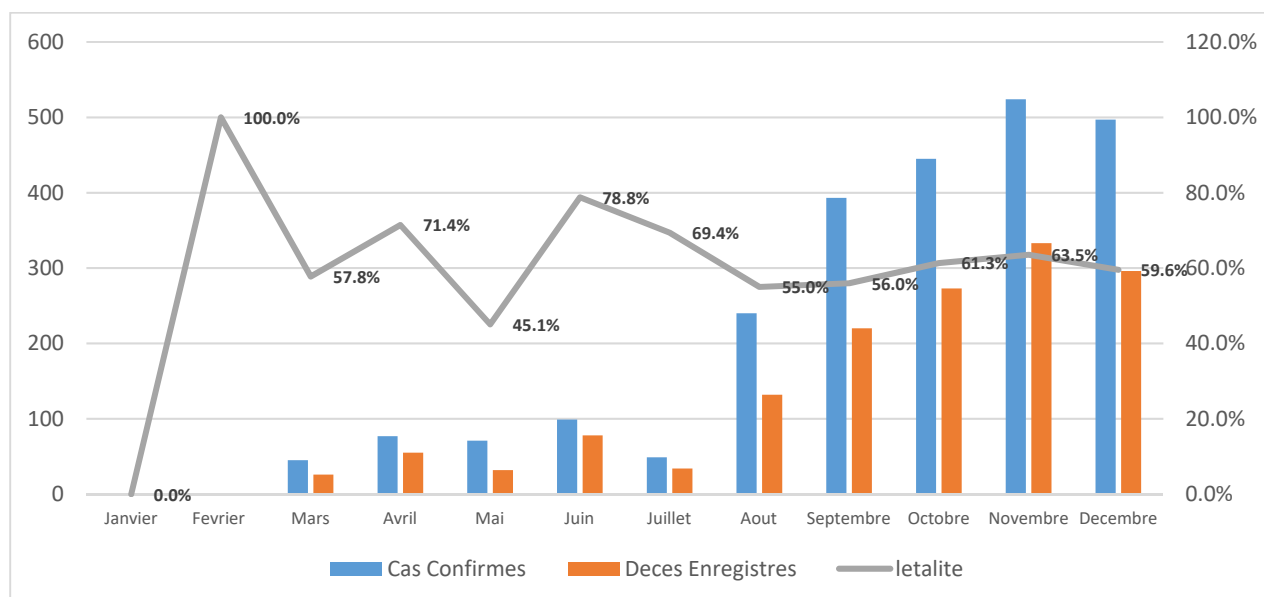


Source : Annuaire statistiques sanitaires 2012 SNIS – BSD Guinée

Graphique 6: Notification cas de Diarrhées sanglantes par types de structures sanitaires en 2012

La maladie a virus Ebola :

Au total 3804 cas de MVE et 2536 décès ont été enregistrés durant l'épidémie. Les régions les plus touchées sont Kindia, Nzérékoré, Kankan et Boké. La carte ci-dessous montrant la distribution des cas confirmés de la MVE dans les trois pays les plus touchés, permet de déterminer la situation en Guinée.



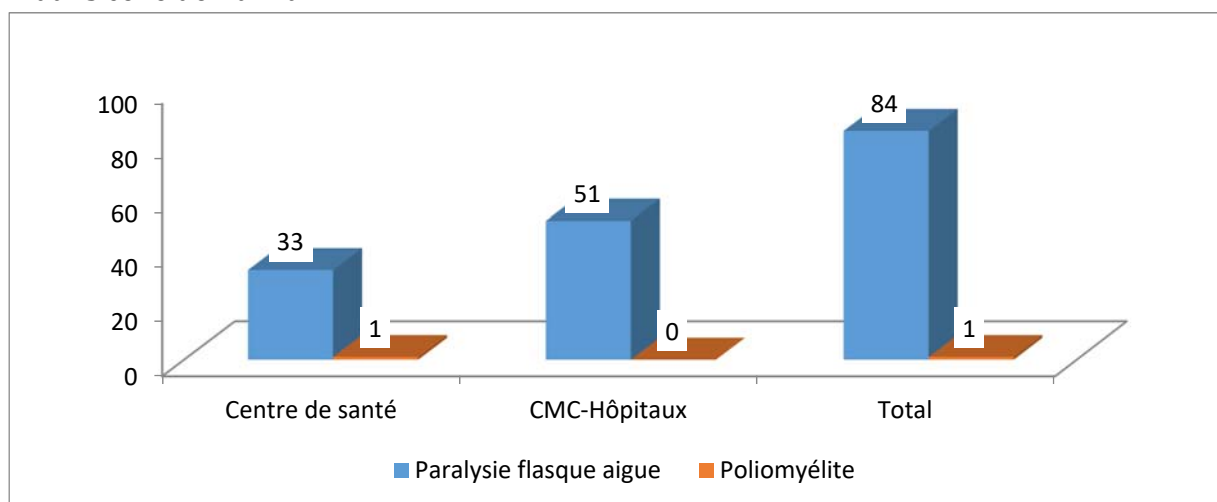
Graphique.7: Guinée, Distribution des cas confirmés, des décès et de la létalité, par mois (01/01/2014 – 31/12/2014)

Note : L'augmentation du nombre total de cas probables s'explique en partie par la mise en place du nouveau système de notification des décès communautaires non-prélevés avec lien épidémiologique avéré

4.1.3 Maladies à éradiquer

La poliomyélite : un seul cas autochtone de poliovirus sauvage a été notifié en 2012 en Guinée.

A la date du 25 mars 2016, sept (07) cas de PFA positifs CVDPV2 sont confirmés dans la Région de Kankan, région frontalière avec le Mali, dont 6 dans la préfecture de Siguiri et 1 dans celle de Kankan.



Source : Annuaire statistiques sanitaires 2012 SNIS – BSD Guinée

Graphique 9 : Cas de PFA et de poliomyélite recensés en 2012 dans les structures de soin

4.1.4 Maladies d'intérêt en santé publique

Il s'agit essentiellement de la tuberculose, de la lèpre, du VIH/IST et des maladies tropicales négligées.

→ La tuberculose

La Guinée est classée parmi les pays à forte incidence de tuberculose et de la coïnfection TB/VIH. Les estimations publiées par l'OMS sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°1 : Profil épidémiologique de la tuberculose en Guinée en 2014

Estimation du poids de la TB	Nombre (milliers)		Taux (pour 100 000 habitants)	
	Estimation	Intervalle	Estimation	Intervalle
Mortalité (excluant VIH+TB)	3,6	(2,6-4,8)	29	(29-31)
Prévalence (y compris VIH)	31	(17-50)	253	(137-403)
Incidence (y compris VIH)	22	(19-24)	177	(156-199)
Incidence (VIH-positif)	4,7	(3,9-5,5)	38	(32-45)
Taux de dépistage, toutes formes (%)	54	(48-61)		

Source: WHO Global TB report 2015

En 2014, 74% des patients tuberculeux notifiés étaient testés pour le VIH, 25% d'entre eux étaient VIH positifs. Il n'y a pas d'enquête récente de pharmacorésistance. Selon celle réalisée en 1999, le taux de TB-MR était de 0,5 % parmi les nouveaux cas et de 51,59% parmi les cas déjà traités.

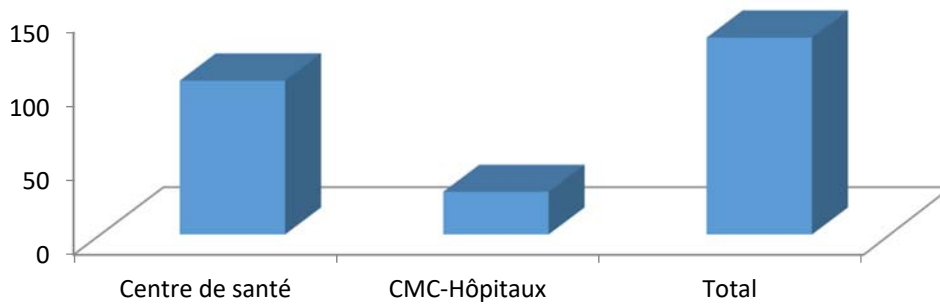
Le tableau ci-après renseigne sur la co-infection TB/VIH ainsi que la tuberculose multi-résistante.

Tableau 2 : Données sur la co-infection TB/VIH et sur la TB-MR

INDICATEURS	Valeur	Année / Source
Prévalence estimée de l'infection à VIH dans la population générale	1,7%	EDS 2012
Pourcentage de patients tuberculeux testés pour le VIH	74%	2014/Statistiques PNLAT
Prévalence de l'infection à VIH chez les cas de tuberculose (%)	25%	2014/Statistiques PNLAT
Pourcentage de patients TB/VIH sous ARV	73%	2014/ PNLAT
Pourcentage de patients TB/VIH sous Cotrimoxazole	93%	2014/Statistiques PNLAT
Taux estimé de TB-MR parmi les nouveaux cas de TB	1,7% (0,3- 3,1)	2014/WHO Global TB Report 2015
Taux estimé de TB-MR parmi les malades TB en retraitement	17% (4,4 – 30)	2014/WHO Global TB Report 2015

Selon les statistiques du programme national de lutte contre la tuberculose, en 2014, le pourcentage de patients tuberculeux testés pour le VIH était de 74 %, la prévalence de l'infection à VIH chez les cas de tuberculose de 25 %. Au cours de la même période 73% de patients TB/VIH était sous ARV, tandis que les patients TB/VIH sous Cotrimoxazole est de 93%.

➔ **La lèpre**

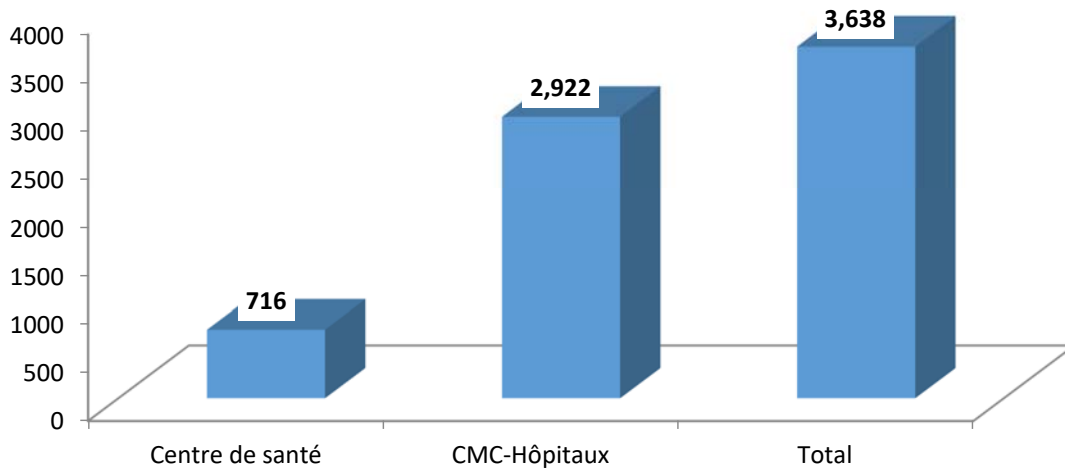


Source : Annuaire statistiques sanitaires 2012 SNIS – BSD Guinée

Graphique 10: Notification cas de Lèpre par types de structures sanitaires en 2012

Au cours de l'année 2012, 133 nouveaux cas de lèpre ont été dépistés dont 104 cas par les centres de santé et 29 dans les hôpitaux.

→ Le VIH, le Sida et les IST



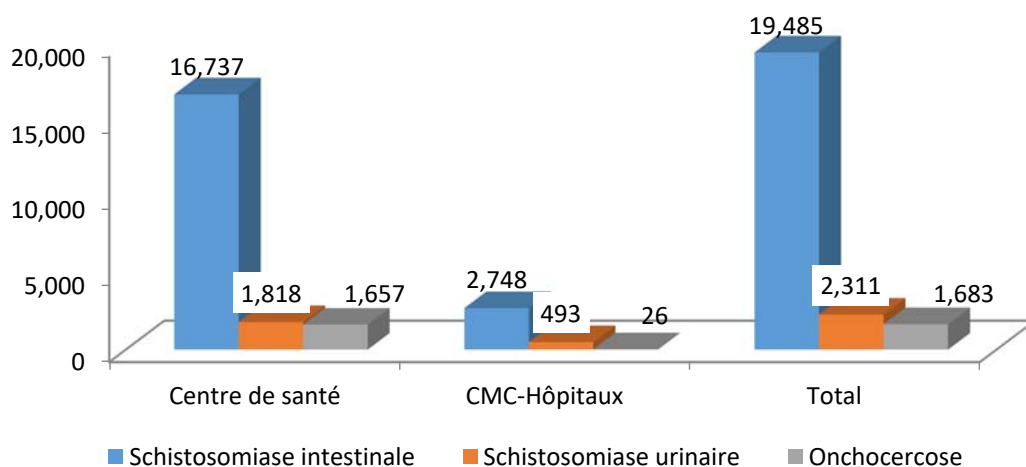
Source : Annuaire statistiques sanitaires 2012 SNIS – BSD Guinée

Graphique 11: Notification cas de VIH/SIDA/IST par types de structures sanitaires en 2012

Le VIH/SIDA demeure un problème de santé publique avec une prévalence stable de 1,7% en 2012 soit un total de 3 638 cas notifié en routine dans la population générale. En 2011, le VIH/SIDA représentait 9% des consultations avec une épidémie de de type « généralisée ». La prévalence chez les femmes enceintes de 2,5%.

→ Les maladies tropicales négligées

Il s'agit ici de la schistosomiase intestinale, de la schistosomiase urinaire et de l'onchocercose.



Source : Annuaire statistiques sanitaires 2012 SNIS – BSD Guinée

Graphique n°12 : Notification des cas de MTN dans les structures de soins

Selon les données de l'annuaire statistique de la santé 2012, la schistosomiase intestinale a été plus dominante par rapport à la schistosomiase urinaire et l'onchocercose, aussi bien dans les centres de santé que dans les hôpitaux. C'est surtout dans les centres de santé que plus de cas ont été notifiés.

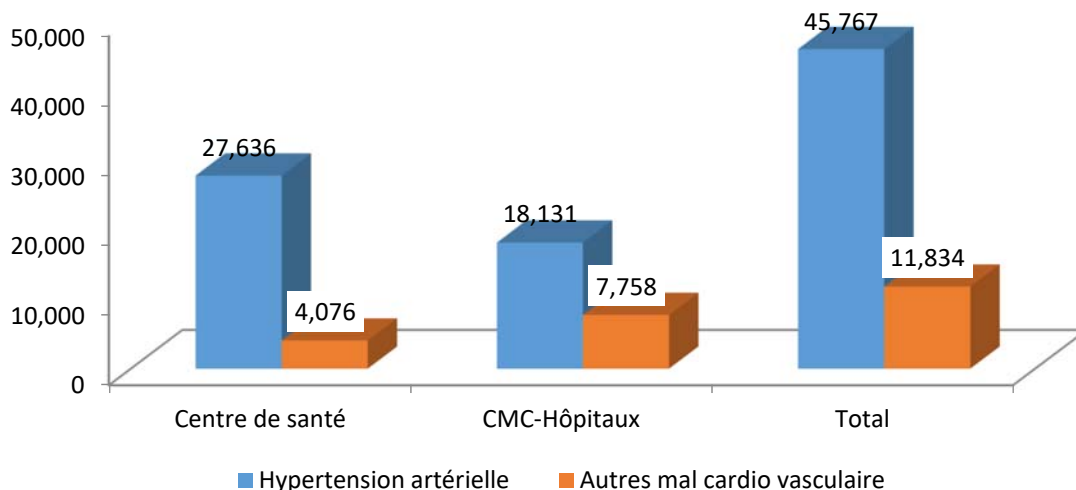
→ Les maladies Non transmissibles (MNT)

✚ HTA et autres maladies cardiovasculaires

Les cas d'hypertension artérielle recensée en 2012 dans l'ensemble du pays sont au total 45 767 contre 11 834 pour les autres cas de maladies cardiovasculaires. Les formations sanitaires de base ont encore contribué à la plus grande détection de ces cas (60%) par rapport aux hôpitaux/CMC (40%).

✚ Diabète sucré

En 2012, 8117 cas de diabète sucré ont été recensés dans les formations sanitaires du pays ; les CMC/hôpitaux ont recensés plus de cas (5449) par rapport aux centres de santé (2668).



Source : Annuaire statistiques sanitaires 2012 SNIS – BSD Guinée

Graphique n°13 : Cas d'hypertension artérielle et autres maladies cardio vasculaire notifiés par types de structures sanitaires en 2012

4.1.5 Etat nutritionnel

Les mesures anthropométriques permettent de suivre l'état nutritionnel des individus et de détecter d'éventuels problèmes nutritionnels. En 2016, une enquête nationale a été réalisée, mais les résultats ne sont pas encore disponibles. Les données fiables disponibles sont celles des enquêtes démographiques et de santé. Selon ces enquêtes, la situation de la malnutrition est la suivante en 2012 :

- 10 % de malnutrition aiguë globale dont 4% de forme sévère (soit une augmentation régulière de 11% et de 100% respectivement par rapport à 2005;
- 31% de malnutrition chronique dont 14% de forme sévère, ce qui représente respectivement une augmentation de 11% et une baisse de 7% en comparaison à 2005;
- 18% d'insuffisance pondérale dont 5% de forme sévère (soit une baisse respective de 31% et 29%) depuis 2005.

La malnutrition chronique est supérieure à 30% dans toutes les régions sauf à Conakry (15%) et Boké (28%). La forme aiguë est plus fréquente dans les régions de Kankan (18%), Mamou, Labé, Faranah et Boké (9% chacune), tandis que Nzérékoré et Kindia sont les moins touchées (7% chacune). Kankan (25%), Labé (23%) et Mamou (20%) souffrent plus d'insuffisance pondérale que les autres.

4.1.6 Morbidité et mortalité maternelle et néonatale

La proportion des décès maternels dans les formations sanitaires en 2012 est de 724 pour 100 000 parturientes (y compris les hôpitaux).

La CPN recentrée, le suivi des accouchements, les audits de décès maternels sont des stratégies qui concourent à une réduction du nombre de décès maternels dans les formations sanitaires. Au-delà de ces stratégies, on peut citer la mise en œuvre de la gratuité des soins préventifs, la subvention des accouchements et des SONU, la distribution des MILDA aux femmes enceintes qui traduisent un environnement politique favorable à une réduction du nombre de décès maternels dans les formations sanitaires.

La proportion des décès maternels dans les formations sanitaires restent toutefois élevée dans la région soudanienne. Cet état de fait s'expliquerait en partie par un faible recours aux services de santé, en témoignent le faible niveau de couverture en CPN3 et plus (49% en 2012) et la faible couverture en accouchement assisté (43% en 2012).

La planification familiale est l'une des stratégies, retenues dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, permettant d'améliorer l'intervalle inter gésésique des femmes.

4.1.7 Hygiène et assainissement

La faible couverture en eau potable (75% en général et 65% en milieu rural), en installations sanitaires salubres (56% en général et 29% en milieu rural) et en habitats décents, ainsi que l'insuffisance d'hygiène individuelle et collective, la pollution de l'environnement et les effets du changement climatique sont à la base des principaux facteurs de risque de nombreuses maladies transmissibles et non transmissibles.

4.2. Ressources

4.2.1 Infrastructures sanitaires

Les infrastructures sanitaires publiques se composent des postes de santé, des centres de santé, des centres de santé améliorés, des centres de santé communaux, des hôpitaux préfectoraux, des hôpitaux régionaux et des hôpitaux nationaux. La situation des infrastructures au cours des cinq dernières années est faite dans le tableau ci-après (dessous).

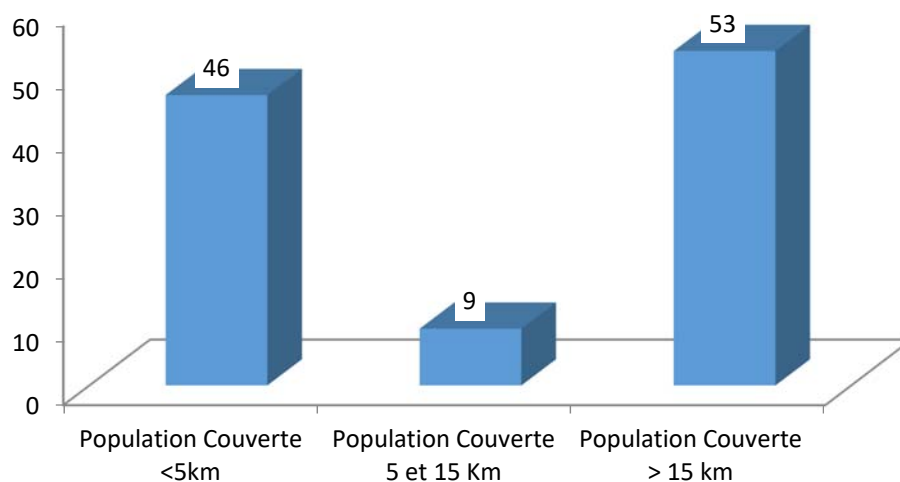
Tableau 3 : Situation des infrastructures sanitaires publiques de 2012 à 2016

TYPES D'INFRASTRUCTURES	ANNEES				
	2012	2013	2014	2015	2016
Hôpitaux nationaux	3	3	3	3	3
Hôpitaux régionaux	7	7	7	7	7
Hôpitaux préfectoraux	26	26	26	26	26
Centres médicaux communaux	8	8	9	9	9
Centres de santé améliorés	5	5	5	5	5
Centres de santé	410	410	410	410	410
Poste de santé	1258	1258	1258	1258	1258

Source : plan d'accélération eTME 2015-2017

Depuis 2012, le nombre des infrastructures sanitaires est resté stationnaire sans pour les centres médicaux communaux qui ont augmenté en 2014, passant de 08 à 06 CMC.

% Accessibilité géographique de la population couverte en 2014



Graphique n°14 : Accessibilité géographique de la population

Ce graphique montre que 46 % de la population est située à moins de 5 km d'une formation sanitaire contre plus de la moitié (53%), qui a un difficile accès car située à plus de 15 km d'une formation sanitaire. Les populations situées entre 5 et 15 km représentent alors 5 %.

Tableau 4: Accessibilité géographique de la population couverte en 2014

% Accessibilité géographique de la population couverte en 2014					
Régions et Districts Sanitaires	Superficie couverte	Nombre Formations Sanitaires	Population Couverte <5km	Population Couverte 5 et 15 Km	Population Couverte > 15 km
BOKE	35 717	161	38	22	40
CONAKRY	203	28	100	0	0
FARANAH	30 987	56	42	12	47
KANKAN	40 871	164	34	16	50
KINDIA	75 400	305	51	18	31
LABE	26 466	306	30	15	55
MAMOU	16 814	41	32	12	56
NZEREKORE	44 335	337	33	12	55
GUINEE	270 793	1 398	46	9	53

Source : PAO 2016 des régions sanitaires

Il existe au total en cette année 2016, 1718 structures publiques toutes catégories confondues, réparties comme suit : 1 398 postes de santé, 410 centres de santé, 03 centres de santé améliorés, 09 centres médicaux communaux et hôpitaux préfectoraux, 07 hôpitaux régionaux et 03 hôpitaux nationaux. La plupart des infrastructures sanitaires du pays ne répondent plus aux normes standards. Aussi, avec la survenue de la MVE, 94 formations sanitaires (soit 6%) des infrastructures sanitaires du pays ont été fermées en novembre 2014 à cause de la désertion et au décès du personnel de santé. Les réhabilitations/réfection de ces infrastructures sont en cours.

A côté des structures sanitaires publiques, il existe des structures sanitaires privées qui jouent aussi un rôle très important dans la prise en charge des problèmes de santé des populations. Au 31 décembre 2015, on dénombrait 371 formations sanitaires privées et 1044 structures privé informel répartis comme suit :

Le sous-secteur privé formel : comprend 41 Cliniques, 106 Cabinets médicaux, 17 Cabinets dentaires, 16 cabinets de sages-femmes, 152 Cabinets de soins infirmiers, 4 centres d'exploration médicale et 35 centres de santé associatifs et confessionnels.

Le sous-secteur privé informel : On y compte 1044 structures recensées de toutes catégories confondues (structures pharmaceutiques et biomédicales composées de points de vente, d'officines privées, de sociétés grossistes) dont les 2/3 se trouvent dans la ville de Conakry

La majorité de ces structures privées est concentrée dans les principales villes que sont Conakry, Nzérékoré, Kankan et Labé.

4.2.2 Ressources matérielles et équipements

Ces ressources sont constituées par le matériel roulant, le matériel informatique, le matériel de bureau, les équipements médico-techniques. Au niveau des formations sanitaires périphériques, les équipements prévus par le document des normes sont assez exhaustifs du point de vue de leur nature et de leur qualité.

Ces normes sont plus au moins respectées dans les Postes de santé et Centres de santé et de promotion sociale. On note par contre que les CSA, les CM, les HP et les HN sont sous-équipés. En plus de cela, les équipements médico-techniques et la logistique ne sont pas suffisamment bien gérés et entretenus. L'insuffisance de crédits et la diversité technologique des équipements rendent la maintenance difficile. Il en résulte une faiblesse des plateaux techniques, notamment au niveau des hôpitaux et par conséquent, une prise en charge insuffisante des patients.

4.2.3 Médicaments et consommables médicaux

Les produits de santé sont régis par trois documents essentiels : la Politique Pharmaceutique Nationale, la Politique de Biologie Médicale et la Politique de Transfusion Sanguine.

Les produits médicaux sont gérés dans un cadre de référence dénommé Politique Pharmaceutique Nationale (PPN). Cette politique pharmaceutique nationale élaborée en 1994 et révisée en 2007 vise à améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'assurance qualité et l'usage rationnel du médicament.

Sur le plan institutionnel, l'administration pharmaceutique est assurée au niveau central par une Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires et aux niveaux intermédiaires et périphériques par l'Inspection Régionale de la Pharmacie et la Section Pharmacie et Laboratoires des DPS. Les autres organes et institutions d'appui sont : le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et la Commission Nationale du Médicament.

Sur le plan législatif et réglementaire, les problèmes liés au cadre juridique sont entre autres l'obsolescence de la Loi pharmaceutique, l'insuffisance des textes d'application de cette loi et la faible application des textes existants. En outre, il faut relever l'insuffisance de contrôle de l'exercice de la profession et le manque de sanctions. Le manque de ressources affecte dangereusement la fonctionnalité des institutions de régulation du secteur pharmaceutique et la qualité des médicaments et dispositifs médicaux sur le marché. La faible évaluation des besoins en produits de santé, l'insuffisance des fonds

alloués, la lenteur administrative dans les processus d'acquisition, la mauvaise gestion des ressources disponibles, la faible harmonisation des interventions rendent le sous-secteur pharmaceutique fragile.

Le secteur pharmaceutique est une composante essentielle du système national de santé. Il comprend les sous-secteurs public et privé. L'absence de préparateurs en pharmacie, l'absence de plan de formation continue, les difficultés d'application du plan de redéploiement et la faible motivation dans les structures publiques affectent sérieusement le fonctionnement de l'ensemble des structures pharmaceutiques. Enfin, il faut ajouter, pour tout le secteur pharmaceutique, l'absence de suivi des indicateurs de performance qui constitue un frein au développement harmonieux du sous-secteur.

4.2.4 Ressources humaines

Sur le plan des effectifs, selon la base de données de 2014 issues du recensement biométrique des RHS des secteurs public et privé, l'effectif s'élève à 11.527 agents de santé, répartis tels que :

- Les ATS (niveau secondaire) représentaient 37% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 4 ATS pour 10.000 habitants en 2014
- Les IDE représentaient 13% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 1,4 infirmier pour 10.000 habitants en 2014
- Les SFE représentaient 4% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 0,5 sage-femme pour 10.000 habitants en 2014
- Les techniciens de laboratoire représentaient 1,5% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 0,16 techniciens de laboratoire pour 10.000 habitants en 2014
- Les médecins (spécialistes et généralistes) représentaient 16% du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 1,8 médecin pour 10.000 habitants
- Les médecins (généralistes uniquement) représentaient 12 % de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 1,3 médecin généraliste pour 10.000 habitants en 2014
- Les infirmiers, sages-femmes et médecins (généralistes) représentent donc environ 30% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 3,2 soignants pour 10.000 habitants en 2014

Selon les résultats du recensement biométrique de 2014 la Guinée disposait avant l'épidémie Ebola de 1417 médecins (généralistes), 1505 infirmiers d'Etat, 500 sages-femmes et 4284 agents techniques de santé (ATS) (Recensement national des personnels de santé, 2014), soit 0,725 agents de santé pour 1000 habitants (7,25 pour 10,000 habitants).

4.2.5 Ressources financières

Les principales sources de financement de la santé sont constituées par les ménages, l'Etat, les partenaires (multilatéraux, bilatéraux, ONGs/associations) et les collectivités territoriales.

Le financement de la santé est confronté à de nombreuses difficultés parmi lesquelles l'insuffisance de la mobilisation des ressources financières, la gestion des fonds alloués, la faible participation financière des communes, l'absence de manuels de procédures harmonisés de dépenses des partenaires, etc---. Le faible accès financier des services de santé aux populations est dû entre autres au paiement direct et à l'insuffisance des mécanismes de partage des risques liés à la maladie.

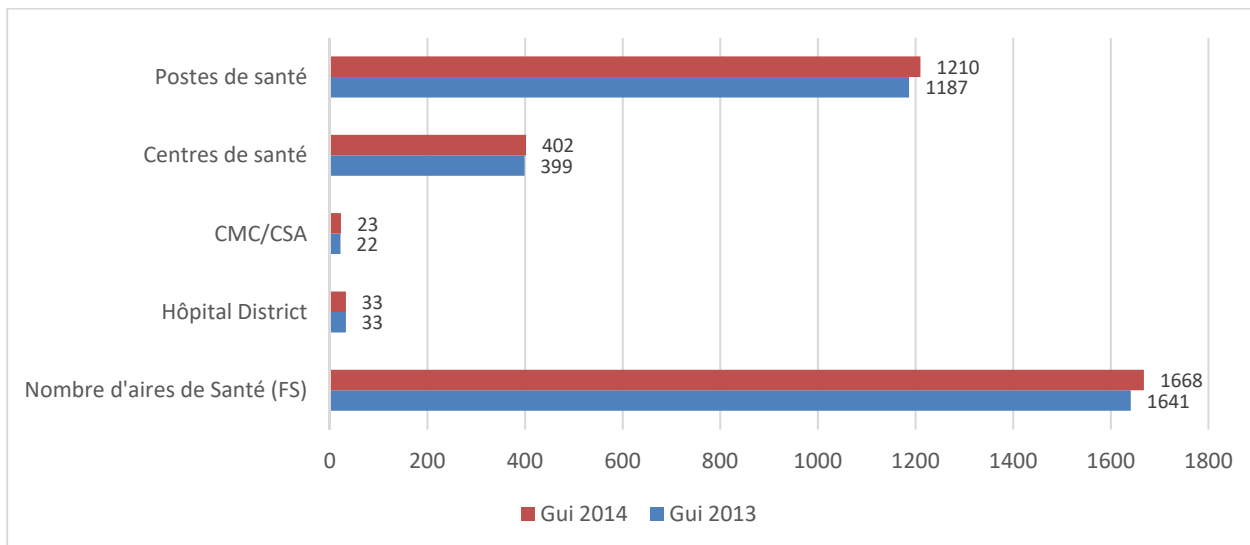
5 INDICATEURS

5.1. Indicateurs au niveau des districts sanitaires

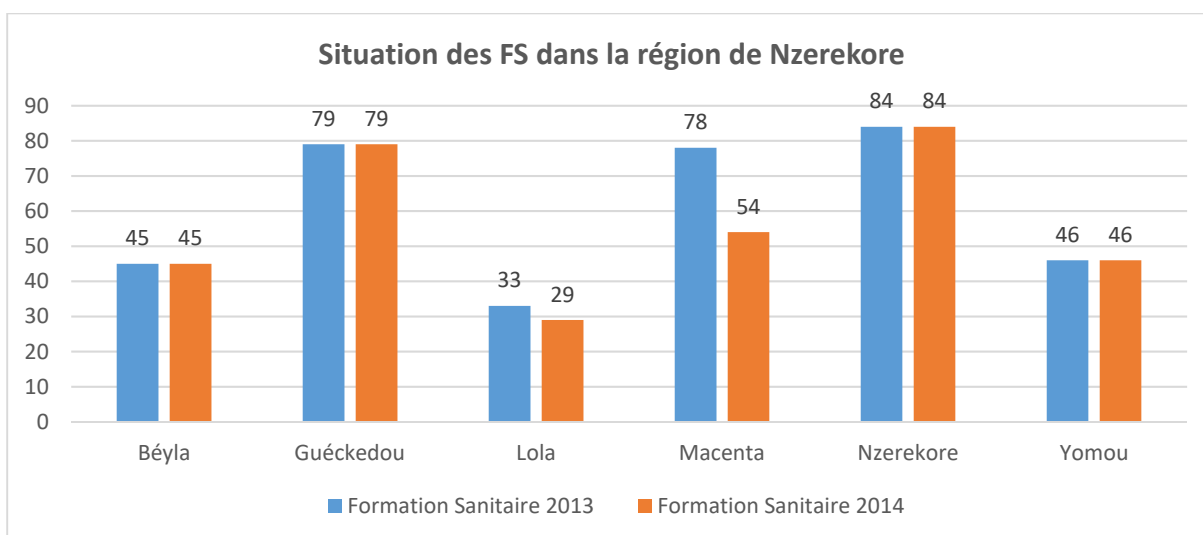
Il s'agit des activités des soins curatifs, préventifs, promotionnels, de l'information sanitaire et de la disponibilité des médicaments. Le tableau suivant résume le niveau de ces indicateurs au cours des trois dernières années et les objectifs fixés pour 2015 et 2016. Les principaux indicateurs sanitaires au niveau district sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°5 : Situation des formations sanitaires en 2013 et 2014

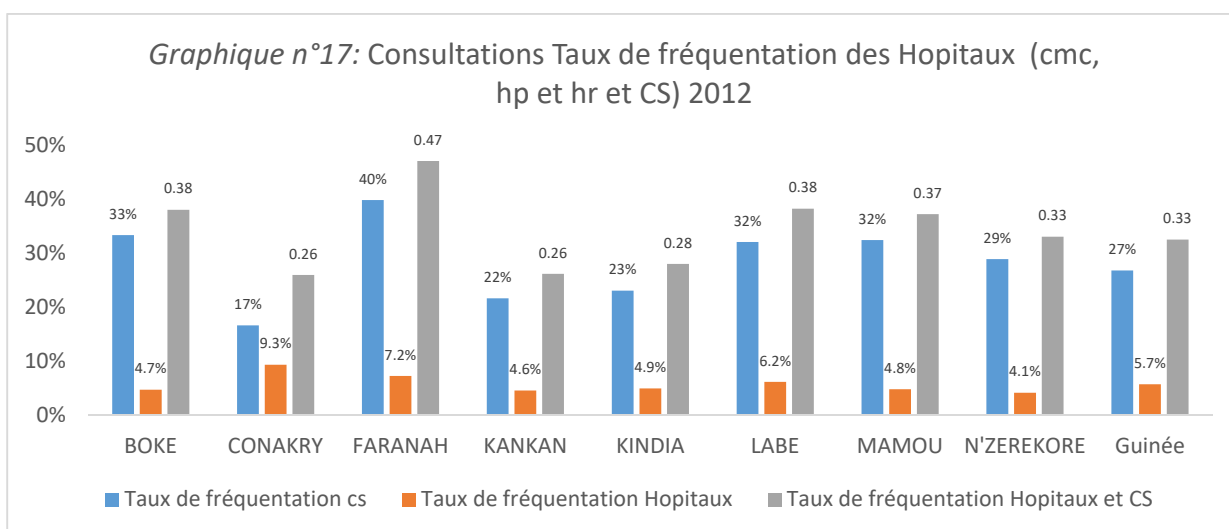
Nom région / district	Population desservie	Superficie couverte	Nombre d'aires de Santé (FS)	Hôpital District	CMC/CSA	Centres de santé	Postes de santé	Comités de santé de district	Equipes cadres de district
Guinée 2013	12 869 155	270793	1641	33	22	399	1187	403	38
GUINEE 2014	13 521 660	270793	1668	33	23	402	1210	404	38



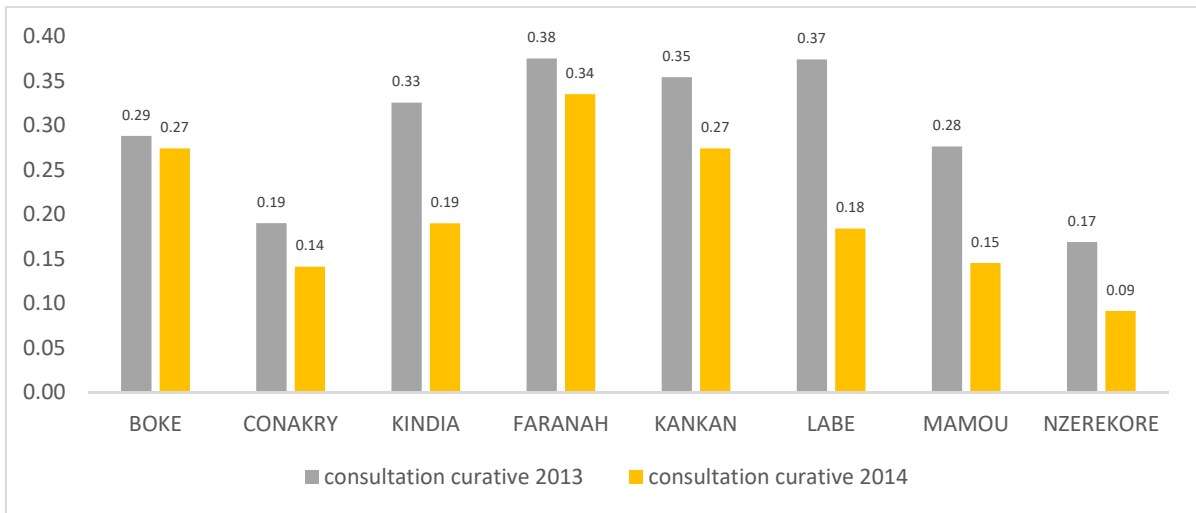
Graphique n°15 : Situation des formations sanitaires en 2013 et 2014



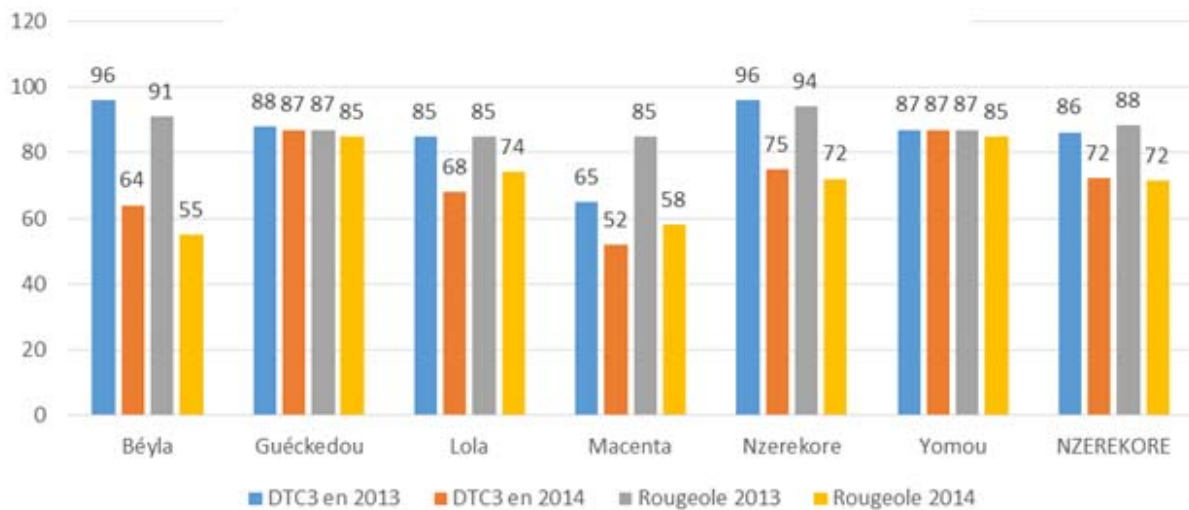
Graphique n°16 : Situation des formations sanitaires en Guinée (2013 et 2014)



Source : Annuaire statistiques sanitaires 2012 SNIS – BSD Guinée



Graphique n°18 : Situation des contacts /habitant/an par région en 2013 et 2014



Graphique n°19 : Couverture DTC3 et VAR en 2013 et 2014

Commentaire : L'analyse de ce tableau révèle une baisse générale de la couverture vaccinale. Cette baisse est plus accentuée en 2014 (probablement du fait de la présence de l'épidémie à virus Ebola).

Recommandations :

- ✓ Identifier les causes de la baisse de couverture vaccinale
- ✓ Envisager des stratégies et des actions pour inverser cette tendance.

Tableau n°6 : Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié 2012

Régions	Accouchements eutociques	Accouchements dystociques (sauf césariennes)	Césariennes	Accouchements gémellaires	Accouchements déclarés à l'hôpital
Boké	4108	418	744	164	129
Conakry	14611	407	4105	293	250
Faranah	2479	413	1005	125	2
kankan	5649	659	1026	215	163
kindia	5,812	652	1,737	308	460
Labe	1,797	313	799	77	99
Mamou	2,122	716	836	95	53
N'zérékoré	3,510	749	2014	267	148
Total Guinee	40088	4327	12266	1544	1304

Tableau n°7 : Taux d'utilisation et de couverture en Consultation Périnatale par région sanitaire en 2012

Régions	Grossesses attendues	1ère CPN	Total CPN	Nombre CPN/Grossesse	Nombre 3 CPN dont 1 au 9ième mois	Taux d'utilisation des CPN	Taux de couverture en CPN 3
Boké	51711	46847	120381	2	35,966	90.60%	69.60%
Conakry	79158	41097	102817	1	38,361	51.90%	48.50%
Faranah	44580	42401	119270	3	41,385	95.10%	92.80%
Kankan	91478	89950	225828	2	69,387	98.30%	75.90%
Kindia	72791	62808	187221	3	51,908	86.30%	71.30%
Labé	48313	45854	123759	3	37,341	94.90%	77.30%
Mamou	35677	32746	94189	3	30836	91.80%	86.40%
N Zerekoré	80561	112739	296256	4	85,999	139.90%	106.80%
Guinée	504269	474442	1269721	3	302,369	75.10%	60.00%

6 BILAN DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES DE 2015

6.1. Bilan physique de la mise en œuvre des activités

Vue la non disponibilité des informations sur les PAO des activités programmées et réalisées en 2015 par l'ensemble des structures centrales du Ministère de la santé. Le taux de réalisation des activités est de reste inconnu pour les activités entièrement réalisées, celles partiellement réalisées et celles non réalisées.

Tableau 8 : Niveau de réalisation physique des activités prévues dans les plans d'action, selon les structures

Structures	Nombre d'activités programmées	Entièrement réalisées	Partiellement réalisées	Non réalisées
DRS/DPS/Hôpitaux	1 374	60%	18%	22%
Structures centrales	-	-	-	-
Ensemble des structures	-	-	-	-

Source : PA 2016 des structures du Ministère de la santé

Le tableau indique que la proportion des activités entièrement réalisées en 2015 pour les districts sanitaires, les directions régionales de la santé, les centres hospitaliers est de 60%. Il faut signaler par ailleurs que cette donnée n'est pas exhaustive car

beaucoup de structures n'ont pas établi de bilan dans leur PAO pour l'année 2015. Pour les structures centrales, le taux de réalisation physique reste inconnu dans sa majorité pour les structures ayant produit leur PAO, ce bilan n'existe pas.

Le fort taux d'activités non réalisées s'explique principalement par le fait de l'épidémie à virus Ebola qui a secoué le pays durant une certaine période, ralentissant du coup la réalisation de certaines activités au profit de la lutte contre l'épidémie.

6.2. Bilan financier

6.2.1. Bilan financier global

Pour l'ensemble des structures du Ministère de la santé, la synthèse des réalisations financières est fournie dans le tableau ci-dessous.

Tableau 9: Bilan financier par structures du Ministère de la santé

Régions	Montant planifié	Montant alloué	Montant dépensé	Taux d'absorption
R-Nzérékoré	2 750 282 918	4 234 469 388	4 723 737 045	112%
R-Boké	2 967 170 150	2 492 091 241	2 040 197 368	82%
R-Labé	4 515 589 418	3 280 002 339	2 678 387 228	82%
R-Mamou	4 432 672 418	11 145 476 044	10 934 846 732	98%
R-Faranah	4 372 322 490	2 334 591 313	2 334 591 313	100%
R-Kindia	11 274 115 168	7 285 621 341	7 278 337 130	100%
R-Kankan	19 986 356 106	17 495 207 793	17 028 313 920	97%
R-Conakry	-	-	-	-
Structures centrales	-	-	-	-
Total général	50 298 508 668	48 267 459 459	47 018 410 736	97 %

Source : PAO 2015 des structures du Ministère de la santé

En 2015, le montant alloué aux structures était de **48 267 459 459 GNF** et le montant dépensé par celles-ci est de **47 018 410 736 GNF** soit un taux d'absorption de **97 %**.

6.2.2. Bilan financier des interventions à haut impact

Ce bilan ne pourra pas être disponible pour ce plan consolidé du fait de l'absence d'une nomenclature des activités du PNDS devant faciliter une codification des activités pour faciliter l'établissement de ce bilan.

6.2.3. Bilan financier par orientations stratégiques du PNDS

Du fait de l'absence de PAO structurées les années précédentes, il est difficile pour se PAO consolidé de dresser ce bilan financier. Aussi, au regard des insuffisances constatées dans les PAO dans cette partie du canevas d'élaboration, ce bilan s'avère difficile à élaborer à ce stade.

7 DIFFICULTES RENCONTREES

Les difficultés sont de plusieurs ordres. Les principales sont :

- L'absence de données récentes dues à la parution tardive des annuaires statistiques de la santé des années 2013, 2014 ;
- Non exhaustivité des PAO de toutes les structures (DPS, DRS, Hôpitaux, Services Centraux) ;
- Non-respect du canevas d'élaboration des PAO par certaines structures ;
- Inexistence d'une nomenclature des activités du PNDS 2015-2024 et du plan de relance et de résilience des services de santé 2015-2017 ;

8 ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PNDS 2015-2024

1. Elimination de la Maladie à virus Ebola
2. Amélioration de la performance du système de santé de district
3. Amélioration de la gouvernance globale du secteur de la santé

9 OBJECTIF GENERAL

L'objectif général du plan est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations en 2016.

10 SYNTHESE DES ACTIVITES PLANIFIEES AU TITRE DE L'ANNEE 2016

Pour l'élaboration du plan d'action opérationnel consolidé du Ministère, les plans d'action opérationnels des différentes structures ont été compilés. Il s'agit notamment des plans d'action des 38 districts sanitaires, des 8 directions régionales de la santé, des 03 hôpitaux nationaux, des 08 hôpitaux régionaux et des directions centrales.

Le nombre d'activités planifiées par l'ensemble des structures du Ministère de la santé au titre de l'année 2016 est **xx**

10.1. Nombre d'activités et coût par orientation stratégique du PNDS 2015-2024

Au regard des difficultés rencontrées dans l'examen des PAO dues au non-respect du canevas, cette rubrique ne peut être traitée dans ce PAO consolidé de 2016

10.2. Situation des activités selon les interventions à haut impact

Au regard des difficultés rencontrées dans l'examen des PAO dues au non-respect du canevas, cette rubrique ne peut être traitée dans ce PAO consolidé de 2016

10.3. Situation des activités totales programmées en 2016

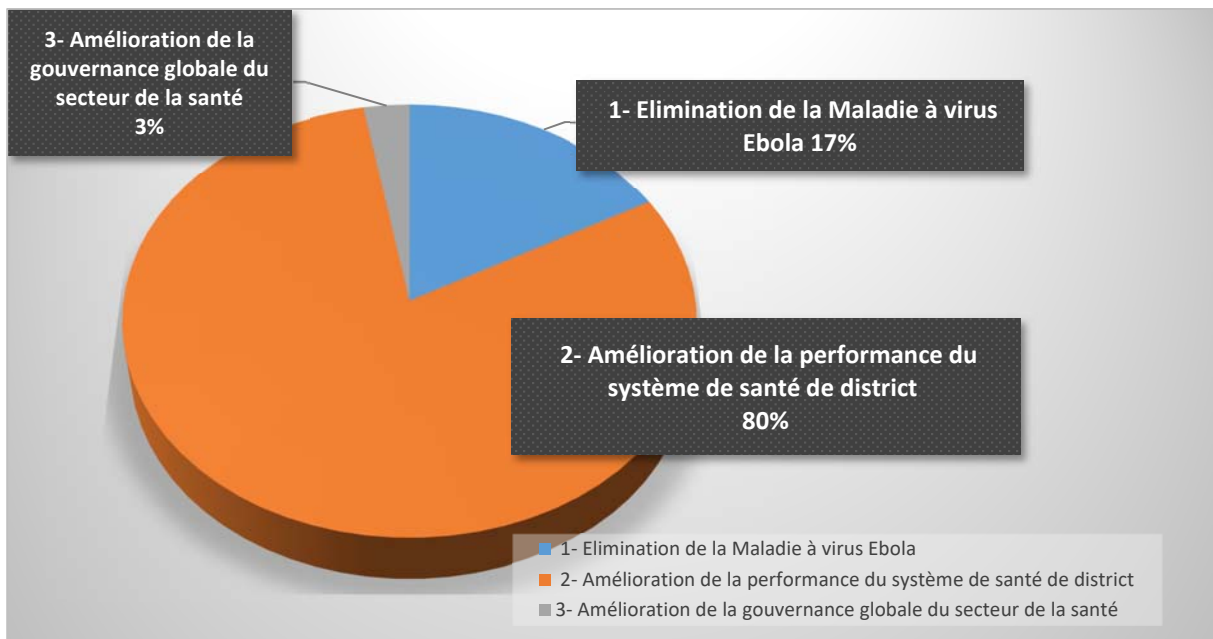
Les activités et leurs coûts sont planifiés suivant les trois (3) orientations du PNDS 2015-2024. La planification est basée sur les ressources disponibles.

Tableau 10: Coût par orientation du PNDS 2015-2024

ORIENTATIONS DU PNDS 2015-2024	Nombre d'activités planifiées	%	Montant planifié	%
O-1 Elimination de la Maladie à virus Ebola			290 790 158 939	17
O-2 Amélioration de la performance du système de santé de district			1 372 015 162 246	80
O-3 Amélioration de la gouvernance globale du secteur de la santé			48 327 693 412	3
Total général			1 711 133 014 597	100

L'analyse de ce tableau montre que le domaine n°2 relative à «**Amélioration de la performance du système de santé de district**» a la plus grande proportion de ressources planifiées (80%), suivi du domaine n°1 «Elimination de la Maladie à virus Ebola » avec 17% et du domaine n°3 «**Amélioration de la gouvernance globale du secteur de la santé** » qui représente 3%.

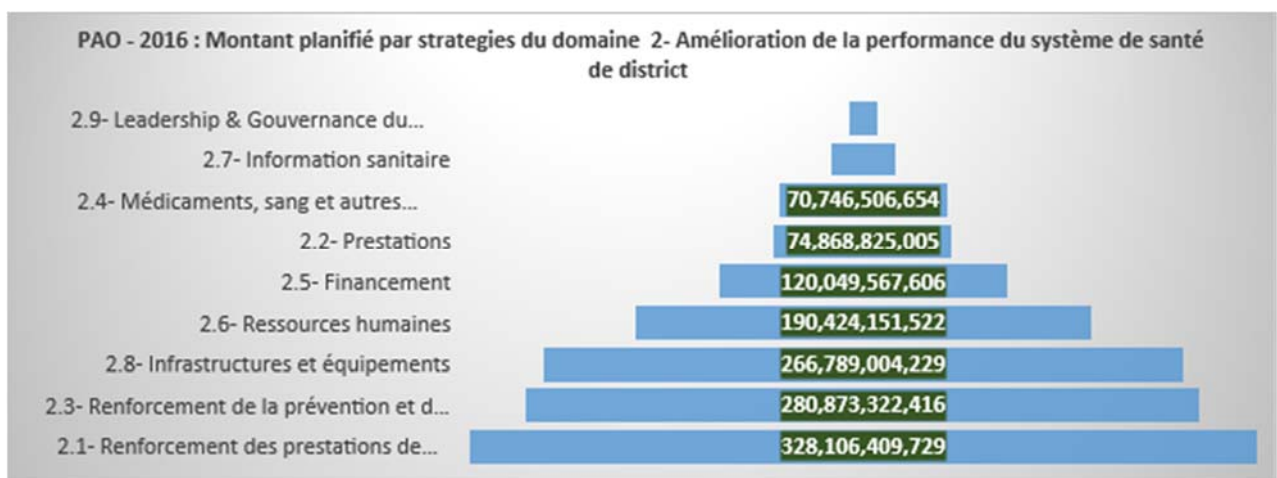
En rappel, cette répartition a été faite sur base des PAO 2016 des DRS, DPS, Hôpitaux régionaux et préfectoraux. Pour la région de Conakry, une estimation a été faite pour avoir une idée des coûts à planifier pour 2016. Cette répartition a consisté à prendre le coût de la dépense par tête d'habitant de la Guinée (26,8 USD) multiplié par le nombre de population de l'aire sanitaire du district ou de l'hôpital concerné.



Graphique n°20 : Ministère Sante : Montant planifié par domaines d'interventions PAO - 2016
Soit pour un montant total de **1,711,133,014,597 GNF pour un an (2016)**



Graphique n°21 : Montant planifié par stratégie du domaine 1



Graphique n°22 : Montant planifié par stratégie du domaine 2

Le Graphique ci-dessus montre que le Budget national de développement (BND) finance les PAO à hauteur de 28,94 % soit **224 780 807 966 GNF**. Outre les recettes propres générées par les structures hospitalières (3,85%) et la contribution de certaines collectivités territoriales (0,49%), le reste du financement des PAO est assuré par les partenaires du ministère de la santé. Le financement par **les principaux partenaires** présentés dans le graphique ci-dessus devrait être à la hausse car la rubrique « **partenaires** » cache plusieurs autres sources de financement. Cette rubrique devrait en principe ne pas exister si toutefois dans certains PAO la planification des activités avait suivi le canevas proposé.

La rubrique « **autres** » regroupe plus de 40 sources de financement et dont la contribution de chacune n'excède pas 1% dans les PAO.

11 SUIVI ET EVALUATION

Au niveau central, le Bureau de stratégie développement (BSD) est chargée du suivi de la mise en œuvre du plan d'action 2016 du Ministère. La première session de revue de l'année 2017 sera un moment privilégiée pour l'évaluation de la mise en œuvre de ce plan d'action.

Au niveau intermédiaire et opérationnel le bilan est présenté semestriellement aux comités techniques préfectoraux de santé.

A tous les niveaux du système de santé le monitoring des plans d'action opérationnels se fera de façon trimestrielle.

Annexes

Annexe I : Données générales et démographiques par région et district sanitaire

Régions et Districts Sanitaires	Ménages		Masculin	Féminin	Population	Estimation Population		
	2014	2014	2014	2014	2014	2 015	2 016	2 017
BOKE	154 117	527 464	553 981	1 081 445	1 114 970	1 149 534	1 185 169	
Boffa	27 785	103 789	107 274	211 063	217 606	224 352	231 307	
Boke	61 731	222 119	227 286	449 405	463 337	477 700	492 509	
Fria	16 601	46 593	49 934	96 527	99 519	102 604	105 785	
Gaoual	28 716	91 584	102 661	194 245	200 267	206 475	212 876	
Koundara	19 284	63 379	66 826	130 205	134 241	138 403	142 693	
CONAKRY	238 134	839 607	828 257	1 667 864	1 719 568	1 772 874	1 827 833	
Dixinn	20 156	69 674	67 613	137 287	141 543	145 931	150 455	
Kaloum	9 224	30 998	31 677	62 675	64 618	66 621	68 686	
Matam	20 057	71 453	72 205	143 658	148 111	152 703	157 437	
Matoto	92 564	337 657	332 653	670 310	691 090	712 513	734 601	
Ratoma	96 133	329 825	324 109	653 934	674 206	695 106	716 655	
FARANAH	127 512	452 885	489 848	942 733	971 958	1 002 088	1 033 153	
Dabola	25 797	86 339	96 612	182 951	188 622	194 470	200 498	
Dinguiraye	26 875	94 416	101 246	195 662	201 728	207 981	214 428	
Faranah	34 707	136 100	144 411	280 511	289 207	298 172	307 416	
Kissidougou	40 133	136 030	147 579	283 609	292 401	301 465	310 811	
KANKAN	191 054	981 459	997 870	1 986 329	2 047 905	2 111 390	2 176 843	
Kankan	47 005	233 573	238 539	472 112	486 747	501 837	517 394	
Kerouane	27 967	96 670	107 347	211 017	217 559	224 303	231 256	
Kouroussa	29 704	130 715	137 509	268 224	276 539	285 112	293 950	
Mandiana	22 528	170 185	169 342	339 527	350 052	360 904	372 092	
Siguiri	63 850	350 316	345 133	695 449	717 008	739 235	762 151	
KINDIA	228 604	750 938	808 247	1 559 185	1 607 520	1 657 353	1 708 731	
Coyah	36 165	130 928	133 236	264 164	272 353	280 796	289 501	
Dubreka	45 525	161 154	167 264	328 418	338 599	349 096	359 917	
Forecariah	35 186	117 235	127 414	244 649	252 233	260 052	268 114	
Kindia	62 612	212 015	226 300	438 315	451 903	465 912	480 355	
Telimele	49 116	129 606	154 033	283 639	292 432	301 497	310 844	
LABE	168 093	447 703	548 014	995 717	1 026 584	1 058 408	1 091 219	
Koubia	16 787	45 826	55 345	101 171	104 307	107 541	110 875	
Labe	56 910	142 471	176 162	318 633	328 511	338 694	349 194	
Lelouma	29 838	68 098	94 536	162 634	167 676	172 874	178 233	
Mali	42 699	136 279	154 041	290 320	299 320	308 599	318 165	
Tougue	21 859	55 029	67 930	122 959	126 771	130 701	134 752	
MAMOU	142 161	331 721	400 396	732 117	754 813	778 212	802 336	
Dalaba	27 171	61 150	75 170	136 320	140 546	144 903	149 395	
Mamou	58 941	148 095	170 643	318 738	328 619	338 806	349 309	
Pita	56 049	122 476	154 583	277 059	285 648	294 503	303 633	
NZEREKORE	238 461	803 311	860 271	1 663 582	1 715 153	1 768 323	1 823 141	
Beyla	38 182	159 900	165 582	325 482	335 572	345 975	356 700	
Gueckedou	45 397	138 205	153 618	291 823	300 870	310 196	319 813	
Lola	29 205	83 286	91 927	175 213	180 645	186 245	192 018	
Macenta	45 458	142 690	155 592	298 282	307 529	317 062	326 891	
Nzerekore	62 095	192 853	203 265	396 118	408 398	421 058	434 111	
Yomou	18 124	86 377	90 287	176 664	182 141	187 787	193 608	
GUINEE	1 488 136	5 135 088	5 486 884	10 628 972	10 958 470	11 298 183	11 648 426	
Proportion (%)								

Source : RGPH, 2014

Annexe II : Distribution des structures de santé disponible selon les catégories

	Niveau du système	Nbre de structures
1	Communautaire	32 035
	Villages /SBC	30,600
	Dispensaires /Infirmeries	110
	Postes de santé	912
	Centres de santé	410
	Centres de santé amélioré	3
2	Structures Privées	300
	Cabinet de soins	100
	Cab. Médical (ONG)	100
	Clinique Médicale	100
3	Districts sanitaires	69
	Directions préfectoraux de la santé	38
	Hôpital du district/CMC	29
	Centre médico-chirurgical BQG	2
4	Régions sanitaires	18
	DRS	8
	Hôpital régional	7
	Hôpital Entreprise	3
5	National	27
	Services Centraux (SNIS)	2
	Programmes de santé	14
	Hôpital national	3
	Centres de référence spécialisés	1
	Centre transfusion sanguine	1
	Services santé armées	1
	Laboratoire de référence (FHG)	1
	Institut nutritionnel et sante enfant	1
	Institut sante publique	1
	Laboratoire de contrôle de qualité médicale	1
	Pharmacie centrale	1
	Total	32 449

Source : Base recensement national RHS, 2014

Annexe III : Répartition des coûts des activités du plan d'action par orientation du PNDS 2015-2024, par axe stratégique et actions prioritaires

Domaines	Stratégie	Montant planifié
1- Elimination de la Maladie à virus Ebola	1.1- Engagement communautaire et Communication	79 672 333 708
	1.2- Soutien à la gestion (Gestion des données, sécurité, logistique et finances, recherche et coordination)	49 179 227 542
	1.3- Prise en charge des survivants	26 616 886 995
	1.4- Assainissement et gestion des corps	26 753 917 244
	1.5- Soutien nutritionnel et social	33 662 330 209
	1.6- Surveillance	74 905 463 239
Sous total domaine 1		290 790 158 939
2- Amélioration de la performance du système de santé de district	2.1- Renforcement des prestations de soins	328 106 409 729
	2.2- Prestations	74 868 825 005
	2.3- Renforcement de la prévention et du contrôle des infections	280 873 322 416
	2.4- Médicaments, sang et autres produits médicaux	70 746 506 654
	2.5- Financement	120 049 567 606
	2.6- Ressources humaines	190 424 151 522
	2.7- Information sanitaire	27 445 698 584
	2.8- Infrastructures et équipements	266 789 004 229
	2.9- Leadership & Gouvernance du district sanitaire	12 711 676 500
Sous total domaine 2		1 372 015 162 246
3- Amélioration de la gouvernance globale du secteur de la santé	3.1- Soutien à la gestion	8569059 456
	3.2- Coordination	16713454037
	3.3- Redevabilité	3897798888
	3.4- Engagement des communautés	7102559407
	3.5- Régulation	1191813281
	3.6- Prestations de soins	149600000
	3.7- Médicaments, sang et autres produits médicaux	250000000
	3.8- Financement	17240000
	3.9- Ressources humaines	0
	3.10- Information sanitaire	9792000000
	3.11- Infrastructures et Equipements	97865000
	3.12- Leadership & Gouvernance	356053344
	3.13- Planification et Gestion	117250000
	3.14- Coordination	0
	3.15- Suivi-Evaluation	70000000
	3.16- Partenariat et multisectorialité	0
	3.17- Législation sanitaire, Régulation et Contrôle	3000000
	3.18- Décentralisation	0
Sous total domaine 3		48 327 693 412
TOTAL GENERAL		1 711 133 014 597

Source : PAO 2016 des DRS, DPS, Hôpitaux régionaux et préfectoraux

Annexe IV : Montant du plan par région sanitaire et par source de financement

BAILLEURS	NZEREKORE	KANKAN	MAMOU	FARANAH	KINDIA	BOKE	LABE	CONAKRY	TOTAL GENERAL	Pourcentage
BND	16 401	15 432	60 370	2 729	37 810	3 160	88 351	527	224 781	28,9%
OMS	7 211	9 656	1 198	244	4 250	3 041	26 779	2 609	54 988	7,1%
UNICEF	18 101	19 786	3 724	964	35 842	6 848	25 293	2 609	113 167	14,6%
UNFPA	7 821	5 947	528	211	28 222	-	205	-	42 934	5,5%
Fonds mondial	14 136	749	55	78	766	-	-	-	15 783	2,0%
PASA	33 418	-	-	-	-	-	-	-	33 418	4,3%
USAID	1 908	275	-	-	26 167	-	144	-	28 494	3,7%
TDH	368	-	-	-	23	-	-	-	391	0,1%
RECETTES PROPRES	2 174	5 146	1 510	2 953	13 778	1 076	3 300	-	29 938	3,9%
Partenaires	-	-	57 716	-	18 087	1 157	80 143	528	157 632	20,3%
ONG ALIMA	1 444	-	-	-	-	-	-	-	1 444	0,2%
COORD. EBOLA	769	1 274	-	-	1 182	154	2 415	566	6 360	0,8%
PAM	67	68	-	-	61	14	443	-	653	0,1%
BID	1 121	-	-	-	-	-	-	-	1 121	0,1%
JHPIEGO	2 864	154	-	169	-	-	115	-	3 302	0,4%
OIM	7	40	-	106	11	209	156	-	528	0,1%
MSF	12	-	-	108	-	-	-	-	120	0,0%
Plan Guinée	990	-	-	413	26 296	-	-	-	27 699	3,6%
Solthis	14	-	-	-	-	-	115	-	129	0,0%
Croix rouge	3 210	-	-	-	72	-	91	-	3 373	0,4%
DRC	7	-	-	-	-	-	-	-	7	0,0%
HC3	2 565	-	-	-	1 052	-	-	-	3 617	0,5%
HC4	26	-	-	-	-	-	-	-	26	0,0%
Collectivités	204	67	-	-	1 050	23	2 499	-	3 843	0,5%
CNLE	52	-	-	-	-	-	-	-	52	0,0%
CRS	351	-	-	-	-	-	-	-	351	0,0%

BAILLEURS	NZEREKORE	KANKAN	MAMOU	FARANAH	KINDIA	BOKE	LABE	CONAKRY	TOTAL GENERAL	Pourcentage
INSE	26	-	-	-	-	-	-	-	26	0,0%
PNPCPS	13	-	-	-	2	-	-	-	14	0,0%
CNLS	469	-	-	144	-	-	-	-	613	0,1%
PG/DRC	360	-	-	-	-	-	-	-	360	0,0%
UNOPS	40	-	-	-	-	-	-	-	40	0,0%
HKI	-	1 351	-	-	-	-	-	-	1 351	0,2%
UNDSS	-	435	-	-	-	-	-	-	435	0,1%
Pour Mémoire	-	24	-	-	-	-	-	-	24	0,0%
GAVI	-	2	-	-	117	-	-	-	119	0,0%
BM	-	1 659	-	-	-	-	-	-	1 659	0,2%
MSF	-	159	-	-	-	-	-	-	159	0,0%
FICR	-	-	30	-	-	-	-	-	30	0,0%
DYNAM	-	-	2	-	-	-	-	-	2	0,0%
GIZ	-	-	124	4 734	-	-	113	-	4 971	0,6%
PNLS	-	-	-	-	23	-	-	-	23	0,0%
CDC	-	-	-	-	633	-	-	-	633	0,1%
IMC	-	-	-	-	261	-	2 437	-	2 697	0,3%
RTI	-	-	-	-	441	-	-	-	441	0,1%
FMK/OPAL	-	-	-	-	744	-	-	-	744	0,1%
WAHA	-	-	-	-	230	-	3 020	-	3 249	0,4%
DRC	-	-	-	-	-	70	-	-	70	0,0%
Autres	-	-	-	-	1	-	25	-	26	0,0%
CECI	-	-	-	-	-	2	1 955	-	1 956	0,3%
IMC	-	-	-	-	-	-	2 405	-	2 405	0,3%
Sté minière	-	-	-	-	-	-	250	-	250	0,0%
STOP PALU	-	-	-	-	-	-	220	-	220	0,0%
TOTAL	116 146	62 224	125 258	12 853	197 119	15 756	240 475	6 838	776 668	100,0%

Source : PAO 2016 de certaines régions

Tableau V : Principaux motifs de consultation dans les hôpitaux de 2013 à 2015

PATHOLOGIES	2013	2014	2015
Paludisme	23 953	38 234	21 032
Anémie	6 683	7 017	6 362
IRA	4 911	13 169	3 922
Hernies	4 098	8 106	3 506
Dystocie	3 792	3 446	3 915
Traumatismes	3 506	3 210	3 180
Complications obstétricales	2 898	2 229	3 001
Appendicite	2 706	2 960	3 001
Fièvre typhoïde	2 359		
Autres	1 501		
Malnutrition		2 777	
HTA			1 290