



Guinée



Résultats clés

Analyse des indicateurs de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente pour 2019-2024 : Document de synthèse

RAPPORT

D'ANALYSE

2025



Réunion annuelle nationale (CAM), Nairobi, 16-20 juin 2025 Countdown to 2030 en partenariat avec le ministère Kényan de la Santé, le Mécanisme de Financement Mondial, l'OMS, l'OOAS et l'UNICEF

Présenté par

- Dr Anne Marie SOUMAH, Cheffe de Division Santé de la Reproduction (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique)
- Dr Almamy Amara TOURE, Chef de Département Recherche Santé Publique (INSP).
- Dr Mamadou Dian SOW, Chef de Département Système d'Information Sanitaire (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique).
- Dr Mamadou Abdoulaye R DIALLO Chargé d'étude au Département Recherche Santé Publique (INSP).
- Mme Dieneba Aidara (Facilitatrice). APHRC

Synthèse sur la qualité des données des formations sanitaires, DHIS2, 2019-2024

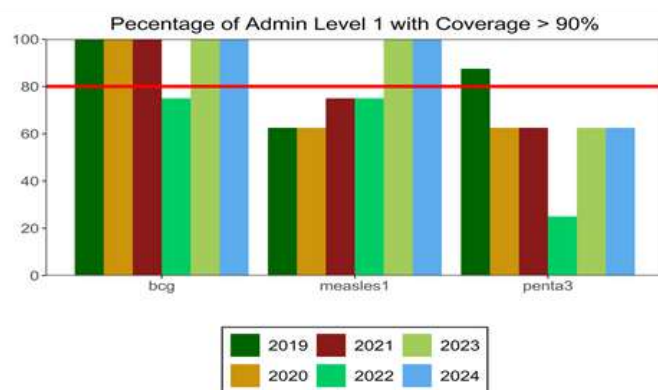
no	Data Quality Metrics	2019	2020	2021	2022	2023	2024
type: 1. Completeness of monthly facility reporting (mean of ANC, delivery, immunization, OPD)							
1a	% of expected monthly facility reports (national)	100	99	99	100	100	100
1b	% of districts with completeness of facility reporting ≥ 90	100	100	100	100	100	100
1c	% of districts with no missing values for the 4 forms	93	93	93	96	96	100
type: 2. Extreme outliers (mean of ANC, delivery, immunization, OPD)							
2a	% of monthly values that are not extreme outliers (national)	96	97	97	91	85	84
2b	% of districts with no extreme outliers in the year	86	87	87	78	71	65
type: 3. Consistency of annual reporting							
3a	Ratio anc1/penta1	1.08	1.08	1.21	1.22	1.03	0.95
3b	Ratio penta1/penta3	1.06	1.08	1.08	1.06	1.05	1.09
3c	% district with anc1/penta1 in expected ranged	100	80	100	100	60	40
3d	% district with penta1/penta3 in expected ranged	100	100	100	100	80	80
4	Annual data quality score	97	94	97	95	83	78



Interpretations Tab 1

- Complétude des rapports mensuels parfaite en 2024
- Augmentation des valeurs extrêmes.
- La cohérence annuelle a régressé au fil des années.
- Score global de qualité a chuté

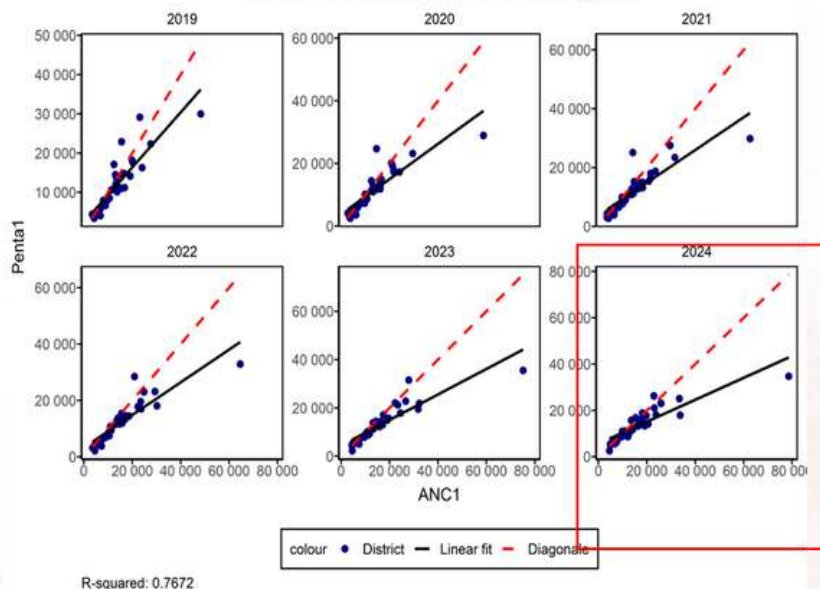
COUVERTURE NATIONALE



Interpretations Fig 1

- La couverture vaccinale a chuté en 2022 puis repris en 2023–2024.
- BCG, en baisse en 2022, atteint de nouveau 100 % en 2024.
- La couverture rougeole a fortement progressé et Penta 3 reste faible.

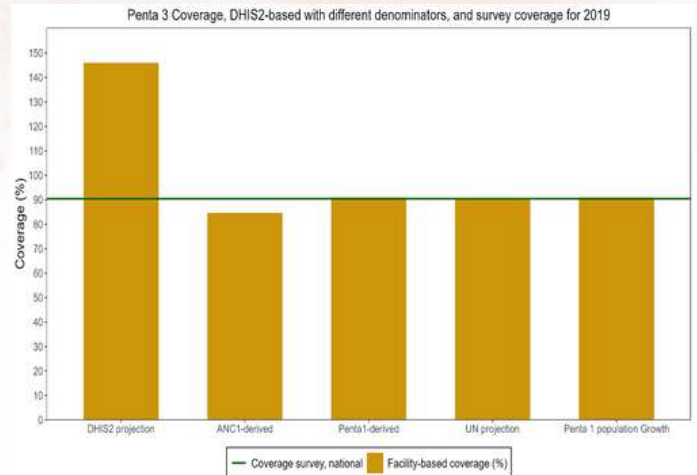
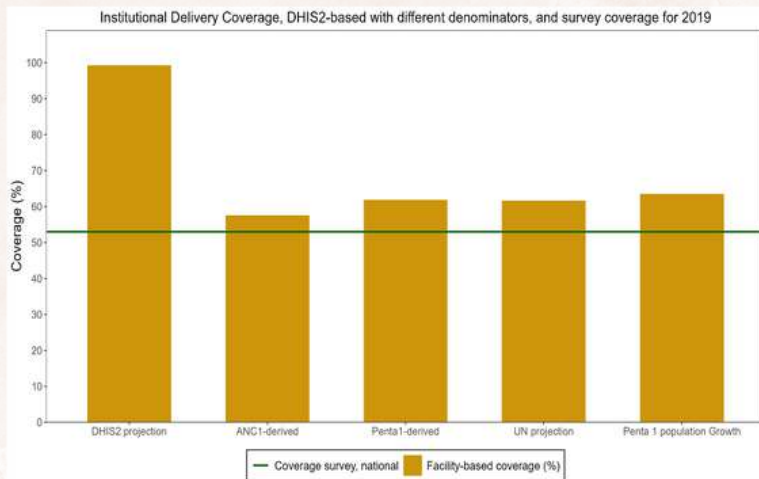
Comparison of numbers of ANC1 and Penta1 by year



Interpretations Fig 2

- La qualité des projections DHIS2 se juge à leur cohérence temporelle et à leur comparaison aux projections ONU.
- Deux autres dénominateurs proviennent de services quasi-universels (ANC-1 et Penta-1).

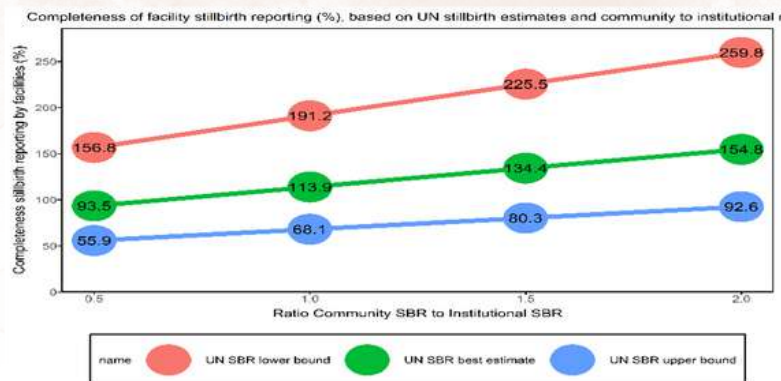
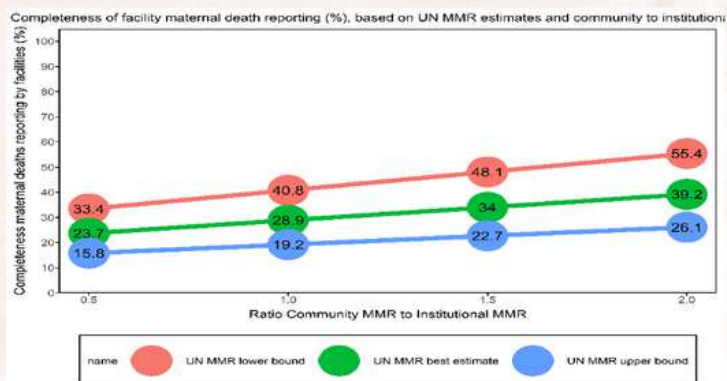
DÉNOMINATEURS



- Pour l'analyse des couvertures basée sur les structures sanitaires
 - Ce graphique compare la couverture de la Penta 3 en 2019 à partir de différentes sources de données.
 - Pour le DHIS2 : les données de vaccination sont surestimées à cause de la projection populationnelle issus du recensement effectué en 2014 ;
 - Dénominateur basé sur CPN1: Cela peut être dû au fait que certaines femmes enceintes n'ont pas fréquenté les structures sanitaires ;
 - L'analyse des couvertures (Penta1, ONU, croissance démographique) donnent des résultats plus proches de la réalité. Il est donc essentiel de croiser les sources pour obtenir les informations les plus fiables de la couverture vaccinale.
-
- Pour la Couverture des accouchements en formation sanitaire en 2019,
 - DHIS2, affiche une couverture supérieure à l'enquête nationale et cela suggère une surestimation du nombre d'accouchements assistés ou une sous-estimation du dénominateur (population cible).
 - CPN1 : Cela pourrait être dû au fait que toutes les femmes ayant assisté à une CPN1 ne terminent pas forcément leur grossesse dans une structure sanitaire.
 - Penta1 : une couverture modérément supérieure à l'enquête. Cela suppose une bonne continuité entre l'utilisation des services de vaccination et des services d'accouchement.
 - Pour la projection des nations unies : Fournit une estimation proche de Penta1 et au-dessus de l'enquête nationale.
 - En résumé les couvertures (CPN1, Penta1, ONU, Croissance démographique) montrent des estimations plus proches de la réalité, bien que toujours légèrement au-dessus des résultats de l'enquête.

2 Tendance nationale: données sur les structures de santé et enquête

MORTALITÉ MATERNELLE



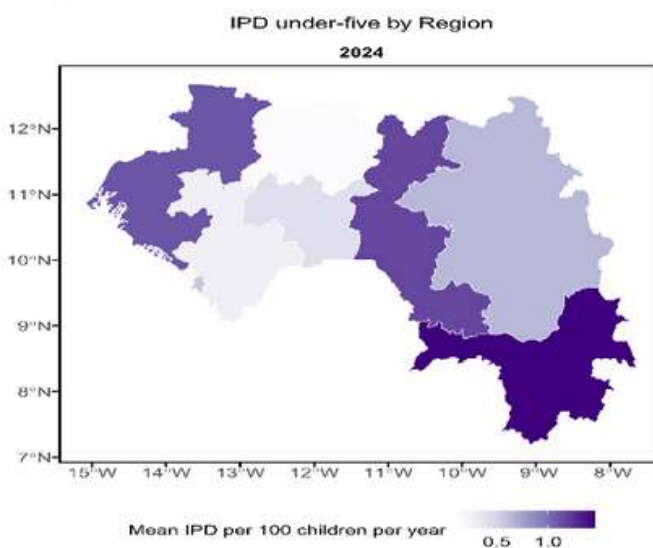
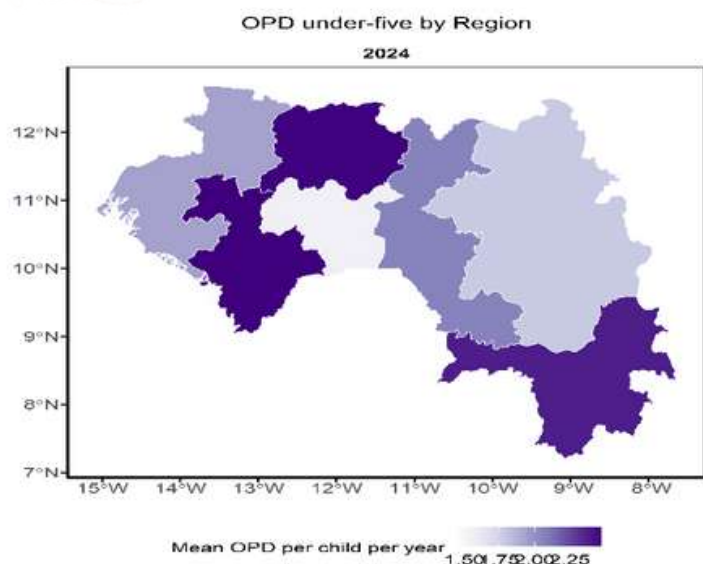
Interpretations Fig 3 :

- Les établissements de santé ne rapportent que 15–55 % des décès maternels réels selon l'ONU.
- Plus l'écart entre mortalité communautaire et institutionnelle est grand, plus la sous-notification est prononcée.
- Cette sous-déclaration majeure met en évidence l'insuffisance actuelle du suivi des décès maternels.

Interpretations Fig 4 :

- Baisse globale de la mortalité maternelle en milieu hospitalier de 2019 à 2024, en dents de scie.
- Grande dispersion régionale des taux, signe probable de sous-déclaration et de qualité de données inégale.
- Variabilité marquée des taux de mort-naissances, traduisant des faiblesses dans la collecte institutionnelle..

UTILISATION DES SERVICES DE SANTE CURATIFS POUR LES ENFANTS MALADES



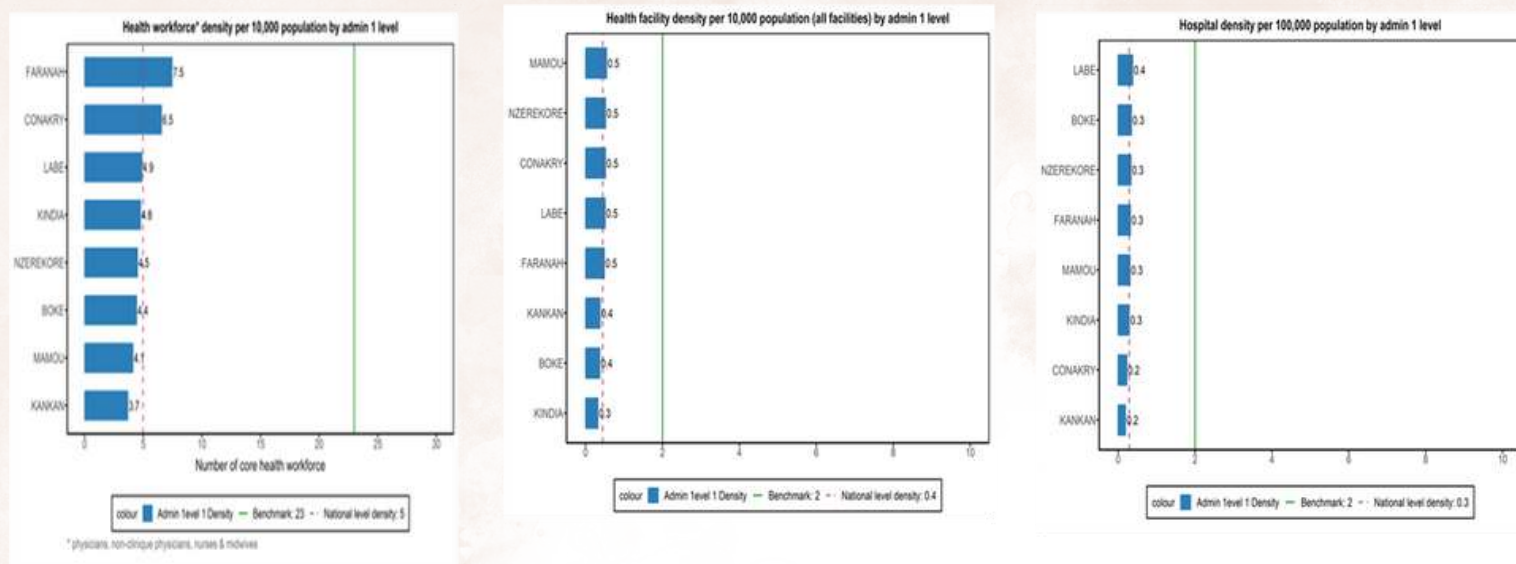
Interpretations Fig 5 :

- Kindia, Labé et N'Zérékoré affichent les taux OPD les plus élevés (~2,25 visites/enfant) contre ~1,5 visite pour Kankan, Faranah et Boké.
- Ces écarts traduisent des inégalités d'accès aux infrastructures sanitaires et de répartition du personnel qualifié.
- La densité de population accentue ces disparités régionales.

Interpretations Fig 6 :

- SN'Zérékoré, Boké et Faranah enregistrent les taux d'hospitalisation les plus élevés (~1/100 enfants), traduisant une capacité hospitalière plus robuste.
- Kindia, Mamou et Labé n'atteignent qu'environ 0,5/100, suggérant un accès restreint, une faible détection des cas graves ou une sous-notification.
- Ces disparités reflètent à la fois la variation régionale de la morbidité, les inégalités d'infrastructure et les failles dans la saisie des données.

Progrès et Performance dans le système de Santé



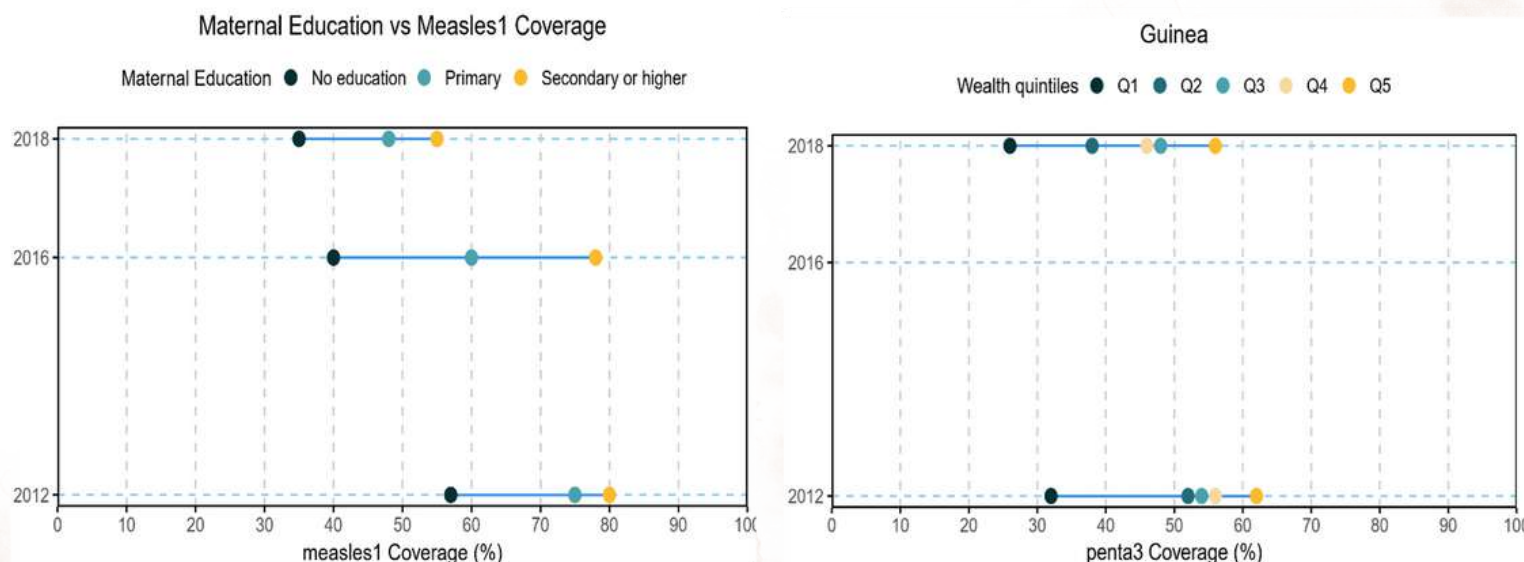
Interpretations Fig 6,7 et 8 :

- Les indicateurs révèlent un besoin d'infrastructures hospitalières régionales et de personnel de santé dans les différentes régions sanitaires.
- Cela traduit des investissements en tenant compte de la densité populationnelle impacté par l'exode rural à travers les projets miniers.
- La capacité insuffisante avec une pénurie de personnel et une faible densité d'établissements, bien en dessous des références internationales.
- L'absence d'intégration du secteur privé pourrait aggraver la sous-estimation des ressources disponibles.

3

Évaluation de l'Équité

Équité en fonction du quintile de richesse, de l'éducation et du milieu de résidence (zone urbaine et rurale) d'après des enquêtes



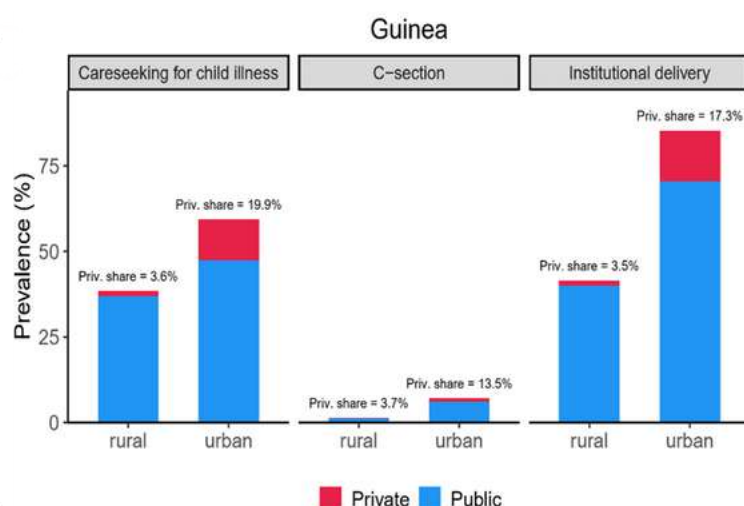
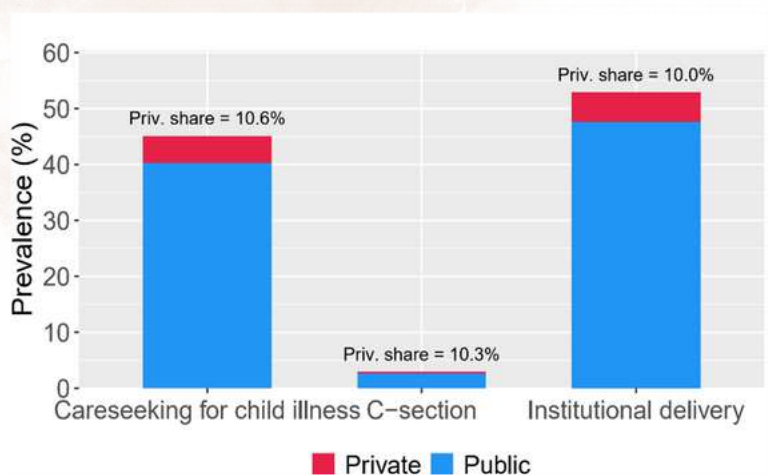
Interpretations Fig 9

- Couverture rougeole croissante selon l'éducation maternelle : de ~55→75→80 % (2012), ~40→60→78 % (2016) et ~35→48→55 % (2018) pour sans éducation, primaire et secondaire+ respectivement.
- Pic d'écart en 2016, suivi d'une convergence partielle, sans retour au niveau des moins éduqués.
- Dynamique typique de top inequality, où le groupe le plus instruit tire la moyenne vers le haut.

Interpretations Fig 10

- On observe un gradient socio-économique constant : en 2012 la couverture penta3 croît linéairement de ≈32 % (Q1) à ≈62 % (Q5), et en 2018 de ≈26 % à ≈56 %, confirmant que les plus aisés bénéficient toujours du plus haut niveau de vaccination.
- Il s'agit d'une inégalité de type haute (top inequality) : le quintile supérieur tire vers le haut la moyenne nationale, tandis que les quintiles inférieurs restent systématiquement à la traîne.

Part du Secteur privé dans le Public



Interpretations 11

- Le recours aux services (careseeking, césarienne, accouchement institutionnel) est systématiquement plus élevé en zone urbaine qu'en zone rurale (respectivement 59 % vs 38 %, 6,1 % vs 1,3 % et 84 % vs 41 %).
- Le secteur privé reste marginal en rural (< 4 % de part) mais pèse significativement en urbain (13–20 %).
- Les césariennes demeurent rares partout, y compris en milieu urbain.

Interpretations 12

- La prise en charge des enfants malades (≈45 %) et les accouchements institutionnels (≈53 %) sont nettement plus fréquents que les césariennes (≈3 %).
- Le secteur privé contribue de manière stable et modeste, autour de 10 % pour chacun des trois services (10,6 % pour le careseeking, 10,3 % pour la césarienne, 10,0 % pour l'accouchement institutionnel).
- Cette homogénéité de la part privée indique un rôle équivalent des prestataires privés quel que soit le type de service.

Conclusion



Améliorer la fiabilité des données sanitaires pour guider toutes les décisions.



Déployez du personnel qualifié là où la population en a le plus besoin.



Mettre en place un plan de mise en œuvre pour renforcer la vaccination dans les communautés vulnérables.



Faire du secteur privé un allié clé de notre système de santé.



Mobiliser les communautés pour une détection précoce et un suivi de proximité des décès maternels.



Guinée



Analyse des indicateurs de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente pour 2019-2024 : Tableau de synthèse

Réunion annuelle nationale (CAM), Nairobi, 16-20 juin 2025 Countdown to 2030 en partenariat avec le ministère Kényan de la Santé, le Mécanisme de financement mondial, l'OMS, l'OOAS et l'UNICEF



La collaboration Countdown en Guinée comprend, l'Institut National de Santé Publique, la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition, le Département Système d'Information Sanitaire du Bureau Stratégique de Développement du Ministère de la Santé et African Population and Health Research Center. Cette collaboration vise à renforcer les capacités analytiques du pays sur les données de la RMNCAH-N pour éclairer les revues nationales et locales des progrès et des performances dans le contexte des plans nationaux de santé de la Guinée et du dossier d'investissement du Mécanisme de Financement Mondial (GFF) en faveur de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et de la nutrition (RMNCAH-N).

Présenté par

- Dr Anne Marie SOUMAH, Cheffe de Division Santé de la Reproduction (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique)
- Dr Almamy Amara TOURE, Chef de Département Recherche Santé Publique (INSP).
- Dr Mamadou Dian SOW, Chef de Département Système d'Information Sanitaire (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique).
- Dr Mamadou Abdoulaye R DIALLO Chargé d'étude au Département Recherche Santé Publique (INSP).
- Mme Dieneba Aidara (Facilitatrice). APHRC