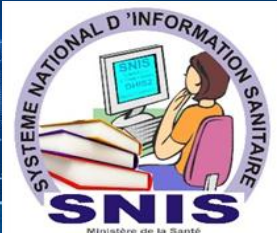




REPUBLIQUE DE GUINEE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

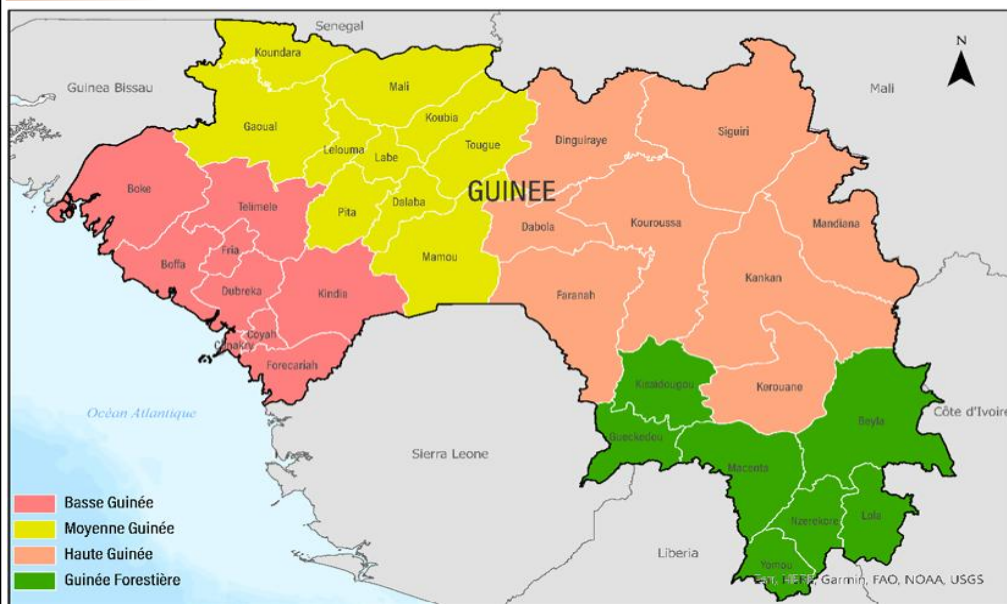
BUREAU DE STRATEGIE ET DE DEVELOPPEMENT



BULLETIN TRIMESTRIEL DU SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE (SNIS)

N° : 02 - SNIS-2026

République de Guinée



Le circuit de l'Information Sanitaire en République de Guinée

L'information sanitaire constitue un des piliers du système de santé. De ce fait, son organisation suit celle du système de santé de la Guinée, basée sur l'organisation administrative du pays qui est de type **pyramidal** en 5 niveaux : Communautaire, Sous préfectoral, Préfectoral, Régional et Central.

L'organisation **pyramidale** est constituée de 2 versants : **Technique (ou soins)** et **Administratif**.

Selon la pyramide sanitaire, le versant "offre de soins" est représenté par les **Agents Communautaires (RECO/ASC)**, les **postes de Santé**, les **Centres de Santé (CS)** et de toutes les autres structures de soins (**CSA, CMC, HP, HR, HN**). C'est au niveau des structures de soins que se fait la collecte des données. Ces données collectées subissent une première phase de traitement au niveau de leurs sources primaires avant d'être transmises dans le circuit administratif du système de santé (Voir fig ci-dessous).

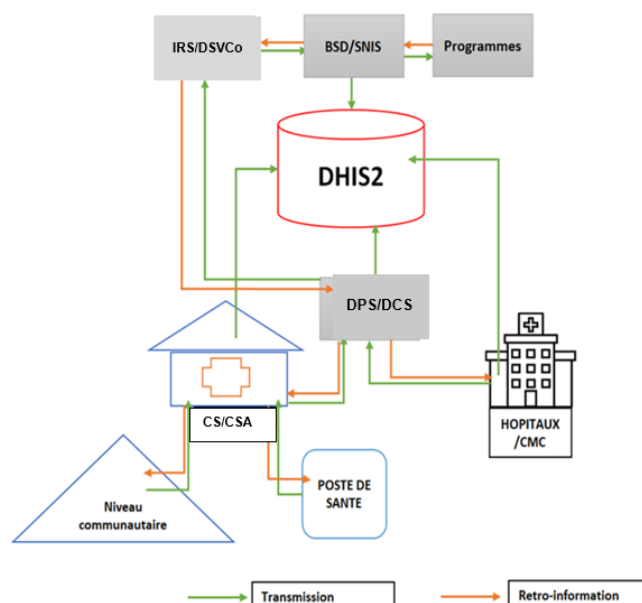


Figure 2: Circuit de l'Information Sanitaire en République de Guinée

Mot du Directeur

La santé des populations guinéennes constitue le fondement de tout développement durable. Pour y répondre avec efficacité, les décideurs et acteurs de santé doivent disposer, à tout moment, d'une information fiable et actualisée. C'est précisément la raison d'être du Système d'Information Sanitaire (SIS) de la Guinée.

Le SIS est un dispositif intégré associant acteurs, méthodes et technologies, dont la finalité est de transformer les données primaires en informations stratégiques capables d'orienter les politiques nationales de santé, d'optimiser l'allocation des ressources et d'améliorer durablement la qualité des soins offerts à nos concitoyens.

À l'entame de l'année 2026, l'engagement du Ministère est ferme : renforcer la qualité et la régularité de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cela exige l'implication résolue des responsables des Districts Sanitaires et des formations sanitaires, dont le rôle est déterminant dans la fiabilité des données qui guident nos décisions.

Le présent **Bulletin d'Information Sanitaire** offre une lecture synthétique de la situation sanitaire nationale, met en évidence les indicateurs clés, les tendances observées et les points de vigilance. Il se veut un instrument de transparence et de dialogue entre tous les acteurs du système de santé guinéen.

J'invite chacun à s'approprier cet outil et à contribuer à son amélioration continue.

Ensemble, bâtissons une Guinée en bonne santé

Le Directeur General

1. COMPLETUDE ET PROMPTITUDE DES RAPPORTS SNIS

Tableau 1: Taux de complétude et promptitude des rapports par région entre Janvier-Mars 2026

Régions	Complétude %	Promptitude %
Conakry	100	100
Boké	100	100
Faranah	98	98
Kankan	100	100
Kindia	100	99
Labé	100	100
Mamou	100	100
N'zérékoré	100	100
Types de structures		
ASC	100	99
PS	100	100
CS	100	100
CSA	100	100
CMC	100	100
Hôpitaux	99	97
Guinée	100	99

Globalement, le rapportage des données sanitaires en Guinée demeure très satisfaisant, avec un taux national de complétude environ à 100% et de promptitude de 99,4%. Ces performances traduisent une forte capacité du système de santé à assurer la disponibilité et la transmission régulière des données sanitaires, ainsi que l'efficacité des mécanismes de suivi et l'engagement des acteurs à tous les niveaux.

Sur le plan régional, toutes les régions affichent des taux de complétude et de promptitude excellents, supérieurs ou égaux à 95 %.

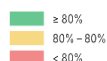
L'analyse selon le type de structures sanitaires montre également des résultats très encourageants, avec des niveaux de complétude et de promptitude proches de 100%.

Le score global de qualité des données, apprécié à travers l'analyse FASTER, révèle une qualité des données supérieure à 80 % dans toutes les régions et pour tous les mois.

En conclusion, le système de rapportage des données sanitaires en Guinée présente des Performances globalement excellentes, traduisant une bonne organisation et une forte implication des acteurs du système de santé

Tableau 3: Score moyenne de la qualité des données entre octobre-Décembre 2025

	Jan	Feb	Mar
DSV Conakry	90.1%	90.1%	89.8%
IRS Boké	96.7%	93.0%	91.3%
IRS Faranah	95.6%	95.6%	86.4%
IRS Kankan	95.9%	91.8%	91.9%
IRS Kindia	97.0%	97.2%	96.6%
IRS Labé	97.2%	89.5%	97.3%
IRS Mamou	95.7%	95.7%	95.7%
IRS N'zérékoré	93.7%	93.6%	93.4%



2. RESULTAT DE L'AUDIT QUALITE DES DONNEES (RDQA)

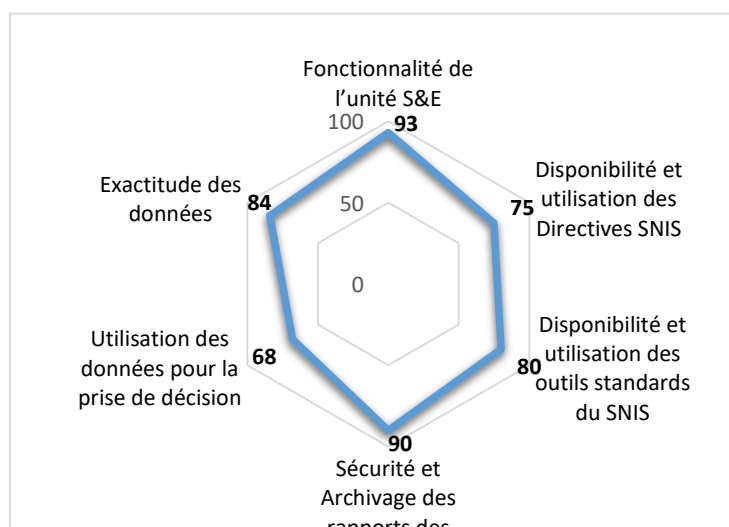


Figure 3: Score de qualité des données par domaine (RDQA T4 2025)

La supervision du quatrième trimestre 2025 a été réalisée pour évaluer la qualité des données de routine des formations sanitaires et renforcer les capacités des équipes des DPS et des prestataires à l'utilisation de l'outil RDQA. Menée conjointement par les niveaux central et régional, elle a concerné quatre formations sanitaires par district et porté sur les données du T4 2025. Le SNIS a obtenu un score global national de 82%, indiquant une performance moyenne avec des possibilités d'amélioration. L'évaluation révèle des progrès notables concernant la fonctionnalité des unités de suivi-évaluation, l'exactitude des données ainsi que leur sécurité et archivage. Toutefois, des insuffisances persistent, notamment dans la disponibilité et l'utilisation des directives du SNIS et des outils standards, ce qui limite l'harmonisation des pratiques et l'utilisation des données pour la prise de décision.

Tableau 4 : Evaluation des exactitudes (RDQA) des données dans les CS et hôpitaux

DCS/DPS	Nombre de premiers contacts	1 ^{ère} consultation prénatale (CPN 1)	Cas de Pneumonie traités chez les moins de 5 ans	Cas confirmés de paludisme traités avec CTA	Accouchement réalisée dans un établissement	Total Penta 3 administré	Nombre de nouveau-né réanimés avec succès	4 ^{ème} consultation prénatale (CPN 4)
Kindia	100	100	100	100	100	100	100	100
Télémélé	101	97	105	101	98	101	119	129
Coyah	102	100	101	104	103	104	437	100
Fria	109	101	90	97	98	228	33	303
Boffa	109	105	136	118	106	108	483	112
Boké	100	117	100	101	100	97	100	112
Kaloum	67	97	69	67	67	67	67	67
Ratoma	75	75	75	75	75	67	63	75
Doinn	67	67	67	67	67	66	67	66
Faranah	93	104	97	92	99	114	67	89
Kissidougou	92	99	100	100	99	104	100	99
Dabola	100	101	122	100	100	101	100	101
Siguiri	84	75	89	84	80	138	75	73
Mandiana	77	76	55	141	77	68	83	88
Kankan	85	75	81	75	75	77	75	76
Tougué	111	99	128	96	90	117	93	101
Lélouma	103	95	106	104	101	120	94	135
Labé	106	109	100	101	115	105	91	184
Pita	100	100	102	100	100	100	100	100
Dalaba	100	100	103	100	100	101	71	98
Mamou	100	99	139	103	100	109	92	104
Macenta	73	75	76	84	75	77	37	75
Lola	76	69	73	75	67	74	0	68
Beyla	77	76	73	93	77	87	92	774
Guinée	92	92	95	95	90	101	110	135

CMC/Hôpitaux	Nombre de nouveaux consultants	Nombre de cas de paludisme grave traités	Nombre de nouveau-né réanimés avec succès	Total décès maternels	Nombre d'accouchements par césariennes	File active sous ARV	Hospitalisation en médecine générale	Nombre de journées d'hospitalisation
HR Kindia	100	100	100	100	100	100	100	100
HP Télémélé	95,53	107,64	111,11	0	100	100	96,09	100,93
HP Coyah	102,14	101,33	100	100	110,94	100	66,48	100,83
HP Fria	162,63	100,76	128,30	100,00	93,44	101,06	335,81	112,38
HP Boffa	119,43	93,97	108,33	100,00	100,00	100,00	100,00	95,65
HR Boké	122,93	109,64	179,17	100,00	106,61	99,86	96,68	100,46
CMC Biernard Kouchner	100	300	80	100	100	100	100	100
HN Ignace Deen	488,4	112100	0	0	53500	0	100	0
CMC Ratoma	100	100	120	100	102	100	100	72
CMC Minière	96	54	100	100	100	388	100	0
HN HASGUI	98	100	100	98	100	100	65	100
HN Donka	96	54	100	100	100	388	100	0
HR Faranah	101,22	108,75	90	100	100	0	95,34	115,85
HP Kissidougou	100	100	100	100	99,7	100,39	100,08	100,04
HP Dabola	97,35	99,53	100	100	100	49,13	97,61	102,63
HP Siguiri	100	100	100	100	100	100	100	84,81
HP Mandiana	100	98,98	95,23	100	100	90,86	159,92	71,08
HR Kankan	100	91,2	73,08	80	100	99,53	100	101,13
HP Tougué	102,07	98,32	100	100	100	110	100	101,52
HP Lélouma	108,36	110,57	100	100	100	100	105,85	100
HR Labé	100,93	87,24	107,5	100	100	100	100	100
HP Pita	101,21	97,04	100	100	100	100	100	103,84
HP Dalaba	99,94	100	100	100	100	100	100	102,58
HR Mamou	105,9	151,04	133,93	85,71	100	100	100	101,55
HP Macenta	128,9	98,81	110	100	98,56	100	100,83	98,17
HP Lola	108,78	142,28	98,04	100	100	99,66	101,69	98,94
CMC Sinko	134,95	34,73	71,15	100	101,16	211,89	189,92	124,6
Guinée	284	4253	100	91	2078	116	112	88

L'analyse globale de ces deux tableaux indique que les structures de premier contact (PS, CS/CSA) sont plus affectées par des problèmes liés à la gestion des registres et aux méthodes d'enregistrement, entraînant des distorsions importantes des indicateurs de prévention et de suivi (CPN, vaccination) notamment. Concernant la CPN4 et la vaccination au Penta3, la qualité des données est particulièrement compromise par l'utilisation des registres comme registres de cohorte. En effet, le dépouillement fastidieux des informations, souvent réparties sur plusieurs pages, pousse les prestataires à se référer préférentiellement aux cahiers de pointage, vulnérables à toute manipulation en raison de leur caractère anonyme.

Il est donc impératif que les responsables des DPS et des FOSA assurent l'application systématique des recommandations du SNIS, en enregistrant toutes les femmes et tous les enfants à chaque contact (passer du registre de cohorte au registre de contact) et en assurant le suivi de la cohorte à partir des fiches infantiles et CPN. Les structures hospitalières, bien que confrontées à des écarts sur certains indicateurs spécifiques, présentent une meilleure maîtrise globale des données cliniques majeures.

Ces constats soulignent la nécessité d'un renforcement ciblé de la supervision, adapté au type de structure, avec un accent particulier sur la qualité de l'enregistrement dans les FOSA, la vérification des indicateurs critiques en milieu hospitalier, mais aussi sur le bon suivi et la mise en œuvre des recommandations issues des différentes supervision.

3. CONSULTATIONS CURATIVES

Tableau 5 : Taux d'utilisation des structures sanitaire entre Janvier-Mars 2026

Région	Premiers contacts	Premiers contacts < 5 ans	Taux d'utilisation en CPC	Total de décès	Total de décès < 5 ans
Conakry	136 323	49 049	35,36	558	52
Boké	175 409	51 346	48,49	403	159
Faranah	145 125	49 046	43,87	338	100
Kankan	266 274	87 407	27,55	358	111
Kindia	177 853	59 042	24,33	289	101
Labé	133 977	36 635	50,38	213	26
Mamou	77 503	21 910	40,01	248	43
N'zérékoré	217 896	74 561	40,24	803	157
Guinée	1 330 360	428 996	35,42	3 210	749

Les régions de N'Zérékoré (217 896) et Kankan (266 274) concentrent le plus grand volume de premiers contacts, tandis que Mamou affiche le volume le plus faible (77 503). Les enfants de moins de 5 ans représentent en moyenne 32 % des consultations dans toutes les régions.

Taux CPC (consultation primaire curative) Labé (50,38 %) et Boké (48,49 %) dépassent largement la moyenne nationale de 35,42 %, ce qui traduit une meilleure utilisation des services de santé. À l'opposé, Kindia (24,33 %) et Kankan (27,55 %) restent bien en dessous de la moyenne, malgré un volume élevé de contacts à Kankan, ce qui peut être due dans les préfectures de la région de Kankan notamment

à Siguiri à une fuite vers des structures informelles, motivée parfois par le coût prohibitif dans des établissements publique. N'Zérékoré concentre à elle seule 803 décès, soit 25 % du total national, ce qui est préoccupant. Boké présente le ratio décès enfants/décès totaux le plus élevé (159/403, soit 39 %), suggérant une mortalité infantile particulièrement importante. Labé, en revanche, affiche le profil le plus favorable : fort taux CPC (50,38 %) et très faible part de décès enfants (26/213, soit 12 %).

Ces données montrent une corrélation inverse dans les régions avec les taux CPC les plus bas (Kindia, Kankan) tendent à avoir des ratios de mortalité infantile plus élevés, ce qui suggère que l'amélioration de l'accès aux soins pourrait avoir un impact direct sur la survie des enfants de moins de 5 ans

Tableau 6: Les 10 premières causes de consultation et de décès dans les FOSA entre Janvier-Mars 2025

Morbidité	Nombre
Paludisme	398 715
Infection Respiratoire Aigue	200 142
Fièvre typhoïde	85 398
Diarrhée Aigue	83 898
Helminthiase intestinale	75 698
Douleurs abdominales basses	73 435
Gastrites/ ulcères	67 331
Infections génitales	52 467
Traumatismes (y compris AVP)	49 949
Hypertension artérielle	41 799
Décès	Nombre
Paludisme	227
Accident Vasculaire Cérébrale (AVC)	158
Diabète	126
Traumatisme crânien	91
Hypertension artérielle	87
Pneumonie grave	84
Anémie sévère	74
Traumatisme voie publique	67
Abdomens aigus	64
Cardiopathies	59

Avec 398 715 cas, le paludisme représente à lui seul 35 % de toute la morbidité enregistrée, et il est également la première cause de décès avec 227 morts. Sa létalité apparente est faible (0,057 %), ce qui signifie que les patients consultent mais l'ampleur de la transmission reste massive. Les infections respiratoires aiguës (200 142 cas), la fièvre typhoïde (85 398), la diarrhée (83 898) et l'helminthiase (75 698) complètent un tableau dominé à 75 % par des maladies infectieuses. Pour la plupart liées aux conditions d'hygiène, d'assainissement et d'accès à l'eau potable. Ces pathologies sont en grande partie évitables et révèlent des lacunes persistantes dans les conditions de vie de base des populations.

Le constat le plus frappant est le décalage entre morbidité et mortalité : alors que les maladies infectieuses dominent les consultations (75 % des cas), les maladies non transmissibles (AVC, diabète, hypertension, cardiopathies) concentrent 41 % des décès. L'HTA par exemple ne représente que 3,7 % de la morbidité, mais génère 87 décès, soit une létalité apparente de 0,21 %.

Ce phénomène traduit une double peine : ces maladies chroniques sont sous-diagnostiquées, mal suivies, et les patients arrivent souvent en stade avancé. Avec 49 949 cas et 158 décès répartis entre traumatismes crâniens (91) et accidents de la voie publique (67), les traumatismes représentent 15 % de la mortalité pour seulement 4 % de la morbidité, signe d'une létalité très élevée et d'une prise en charge chirurgicale et d'urgence insuffisante.

Le système de santé guinéen fait face simultanément à deux transitions épidémiologiques qui se superposent : la lutte non terminée contre les maladies infectieuses d'un côté, et l'émergence silencieuse des maladies chroniques de l'autre. Cette double charge exige une stratégie à deux vitesses : renforcer la prévention primaire (eau, hygiène, vaccination, moustiquaires) tout en développant des filières de dépistage et de suivi des MNT, encore quasi absentes dans les structures de premier niveau.

Tableau 7 : répartition des consultations et hospitalisations dans les structures hospitalières par région entre Janvier-Mars 2026

Région	Consultations	Passage aux Urgences	Hospitalisation	Décès hospitaliers	TOM	DMS	Actes chirurgies	Infections du site opératoire	Examens de laboratoire
Conakry	87 794	2 846	14 056	1 251	79	8	4 285	15	361 833
Boké	38 233	763	7 604	596	87	5	3 636	6	314 027
Faranah	40 500	1 774	4 948	428	90	6	3 298	6	139 349
Kankan	32 892	1 978	7 469	702	72	4	6 505	5	380 929
Kindia	25 221	1 367	5 609	450	93	5	4 511	6	201 356
Labé	38 550	571	5 218	305	98	5	2 569	9	100 555
Mamou	19 102	524	4 021	325	77	5	1 890	6	99 964
N'zérékoré	47 825	2 956	10 865	1 034	74	4	5 086	11	358 305
Guinée	330 117	12 779	59 790	5 091	81	5	31 780	64	1 956 318

Le tableau met en évidence une forte activité des structures sanitaires en Guinée, avec plus de 330 000 consultations,

59 790 hospitalisations et 12 779 admissions aux urgences. Conakry demeure le principal pôle sanitaire du pays, suivi de N'zérékoré et Kankan, en raison de leur forte fréquentation et de leur capacité de prise en charge. Au total, 5 091 décès ont été enregistrés dans les services hospitaliers. Les chiffres les plus élevés sont observés à Conakry et N'zérékoré, ce qui peut s'expliquer par la concentration des cas graves et des patients référés. Toutefois, l'interprétation de cet indicateur doit tenir compte du niveau d'activité des hôpitaux et de la qualité du système de notification des décès. Les taux d'occupation des lits, particulièrement élevés à Labé (98 %), Kindia (93 %) et Faranah (90 %), montrent une forte pression sur les capacités hospitalières. Selon les références généralement admises par l'OMS, un taux d'occupation compris entre 80 % et 85 % traduit une utilisation optimale des lits hospitaliers ; au-delà, le risque de surcharge des services et de dégradation de la qualité des soins augmente. La durée moyenne de séjour, estimée à 5,38 jours au niveau national, reste globalement conforme aux standards hospitaliers observés dans plusieurs pays africains.

L'activité chirurgicale et diagnostique reste soutenue, avec plus de 31 000 interventions chirurgicales et près de deux millions d'exams réalisés. Kankan se distingue par une forte activité opératoire. Le faible nombre d'infections post-opératoires rapporté (64 cas) semble globalement satisfaisant au regard des normes internationales de sécurité des soins, qui recommandent un faible taux d'infections nosocomiales. Cependant, ce niveau doit être interprété avec prudence.

En effet, malgré ces résultats encourageants, plusieurs indicateurs demeurent probablement sous-notifiés, notamment les passages aux urgences, les journées d'hospitalisation, les décès hospitaliers et les infections post-opératoires. Cette insuffisance de notification est particulièrement observée dans les hôpitaux nationaux et certains établissements hospitaliers privés, ce qui peut limiter la représentativité réelle des données et affecter le suivi des performances hospitalières.

Dans l'ensemble, ces résultats traduisent un système de santé fortement sollicité, confronté à des besoins importants en infrastructures, équipements, ressources humaines et renforcement du système d'information sanitaire afin d'améliorer la qualité des soins et la fiabilité des données hospitalières

LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Tableau 8: Les indicateurs de lutte contre le paludisme Janvier-Mars 2026

Régions	Taux de positivité	Incidence du paludisme	Incidence du paludisme < 5 ans	Proportion de traitement antipaludique	Mortalité proportionnel	Létalité due au paludisme
Conakry	26,77	54,16	53,20	95,28	1,60	0,06
Boké	43,17	160,51	239,84	99,73	2,35	0,02
Faranah	39,25	103,54	201,35	98,97	2,57	0,03
Kankan	43,27	67,78	123,45	97,52	9,54	0,09
Kindia	49,00	85,40	141,88	100,73	10,44	0,07
Labé	25,54	63,32	95,40	99,12	3,61	0,05
Mamou	47,81	118,04	191,35	99,12	3,69	0,04
N'zérékoré	44,38	107,26	202,28	99,30	4,35	0,07
Guinée	40,64	88,84	147,62	98,92	4,46	0,06

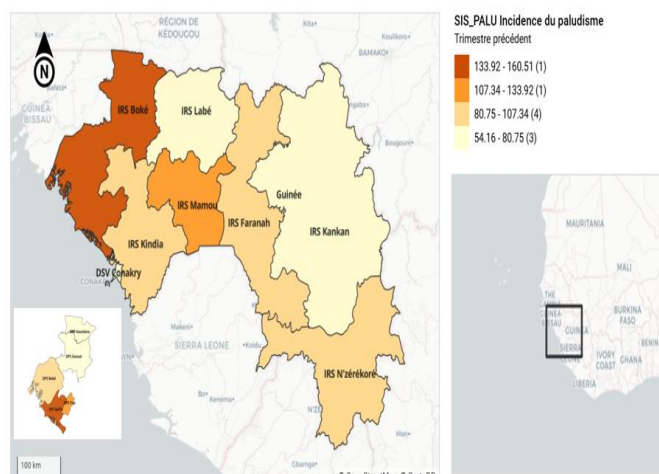


Figure 3 : répartition des incidences du Paludisme par région entre Janvier-Mars 2026

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique en Guinée avec un taux de positivité de 40,64 % et une incidence nationale de 88,84 pour 1 000 habitants. Les régions les plus touchées sont Boké (notamment dans la préfecture Boffa, voir carte), Mamou N'Zérékoré et Faranah. Les enfants de moins de cinq ans restent les plus exposés, avec une incidence nationale de 147,62 pour 1 000, atteignant 239,84 pour 1 000 à Boké.

Plusieurs régions présentent une transmission élevée, marquée par un taux de positivité élevé à Mamou, Kankan, Boké, Kindia et N'Zérékoré. La prise en charge thérapeutique est satisfaisante, avec 98,92 % des cas confirmés traités. Cependant, le pays enregistre une mortalité de 4% liés au paludisme, particulièrement dans les régions de Kankan, et Kindia. La létalité nationale se situe à 0,06 %.

Malgré les efforts de prise en charge, la forte transmission nécessite un renforcement des mesures de prévention et un meilleur accès aux soins pour limiter la mortalité et l'impact de la maladie dans les zones les plus touchées.

4. SANTÉ MATERNELLE, NÉONATALE ET INFANTILE

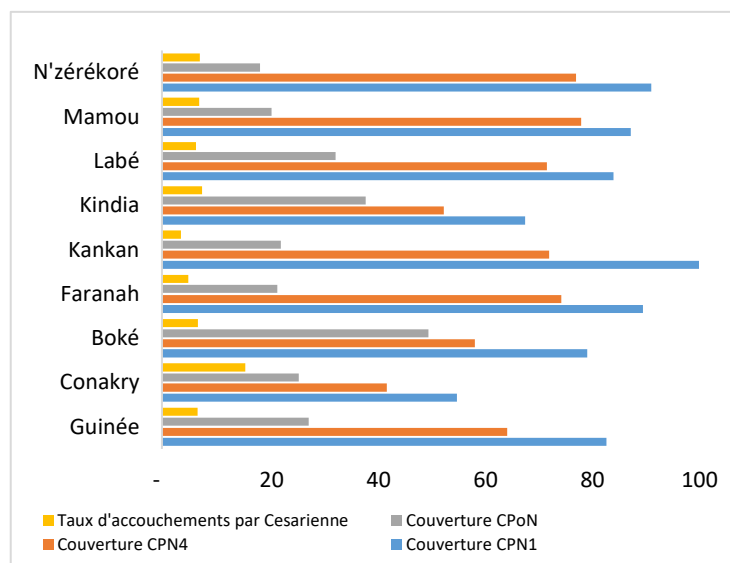


Figure 4: Couverture des soins prénatals, postnatals et accouchements par région entre Janvier-Mars 2026.

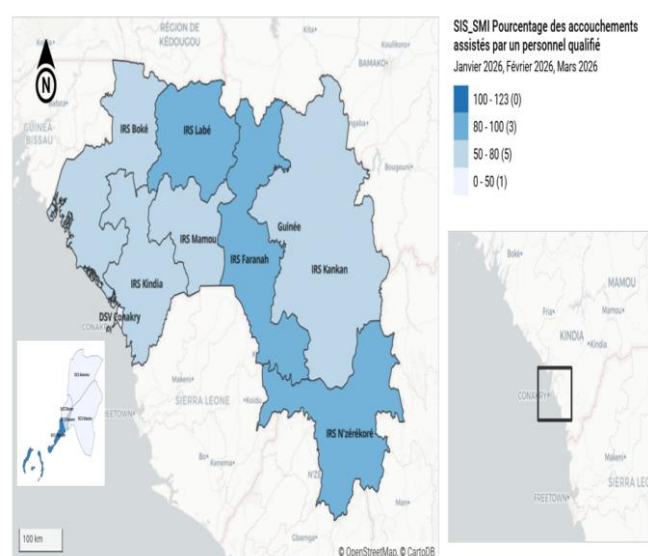


Figure 5: Taux d'accouchement assisté par région entre Janvier-Mars 2026.

La lecture du graphique met en évidence une couverture encore insuffisante des services de santé maternelle, généralement inférieure à 80 %, avec d'importantes disparités régionales. La couverture de la CPN1 reste globalement élevée dans la majorité des régions, dépassant 80 %, sauf à Conakry (55 %). Les niveaux très élevés observés à Kankan pourraient être liés à une mauvaise estimation de la population cible malgré l'utilisation des données du dernier recensement. En revanche, la couverture de la CPN4 demeure faible dans plusieurs régions, notamment à Conakry (42 %), Kindia (53 %), Boké (59 %), Labé (70,7 %) et Mamou (72,9 %), pour une moyenne nationale de 65 %, traduisant des difficultés dans le maintien du suivi complet de la grossesse. La consultation postnatale à six semaines après l'accouchement reste très faible dans l'ensemble du pays, avec une moyenne nationale de 26,3 %, variant de 18 % à N'zérékoré à 50 % à Boké, ce qui reflète une faible continuité des soins après l'accouchement. Le taux de césarienne au niveau national est estimé à 7 %, en dessous de la norme OMS recommandée de 10 à 15 %, indiquant une insuffisance de l'offre de chirurgie obstétricale, particulièrement dans les zones rurales. Enfin, l'accouchement assisté par un personnel qualifié (sur la carte) présente de fortes disparités : les couvertures dépassent 85 % à Faranah, Labé et N'zérékoré, tandis que Conakry (44,04 %) et Kindia (57,87 %) enregistrent les niveaux les plus faibles.

Tableau 9: Situation des interventions lors des consultations prénatales par région entre Janvier-Mars 2026

Région	Nouvelles femmes inscrites en CPN 1	Femmes vues en CPN ayant reçu TPI 1	Femmes enceintes ayant reçu MILDA	Femmes enceintes testées hépatite B	VIH Femmes enceintes testées pour la syphilis	Femmes consultées au cours de leur Grossesse testées VIH	Femmes consultées au cours de leur Grossesse testées VIH+	Femmes enceintes VIH+ ayant initié la TARV
Conakry	15 035	12 138	1 375	6 236	13 397	13 929	133	109
Boké	15 026	13 637	9 239	5 820	14 251	13 235	143	141
Faranah	15 239	14 630	11 096	920	10 816	11 376	43	45
Kankan	49 383	47 246	31 128	978	20 955	22 294	90	160
Kindia	25 407	22 412	3 328	2 179	18 893	19 568	138	154
Labé	12 146	10 955	6 659	206	11 341	11 386	53	49
Mamou	9 321	9 107	63	384	7 980	7 988	29	35
N'zérékoré	26 338	26 163	14 127	359	20 550	21 403	97	101
Guinée	167 895	156 288	77 015	17 082	118 183	121 179	726	794

Globalement, les services prénatals sont bien fréquentés avec 167 895 femmes inscrites en CPN1 et 156 288 ayant reçu le TPI1, traduisant une bonne couverture du suivi prénatal. Les interventions préventives restent inégalement couvertes : la distribution de MILDA concerne 77 015 femmes, tandis que le dépistage est plus élevé pour la syphilis (118 183) que pour l'hépatite B (17 082), encore faiblement couvert. Pour le VIH, 121 179 femmes ont été testées, avec 726 positives et 794 mises sous traitement ARV, ce qui montre une prise en charge globalement efficace.

En résumé, les performances sont globalement satisfaisantes, mais des efforts restent nécessaires pour améliorer la couverture des MILDA, le dépistage de l'hépatite B et réduire les disparités régionales.

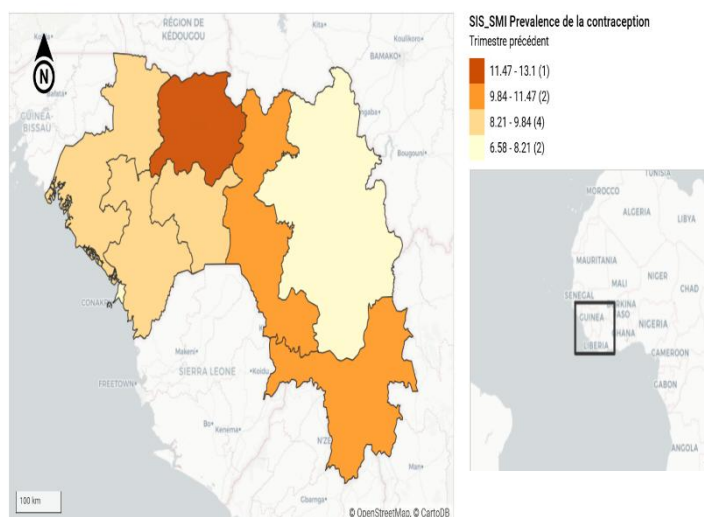


Figure 6 : Prévalence contraceptive par région entre Janvier-Mars 2026

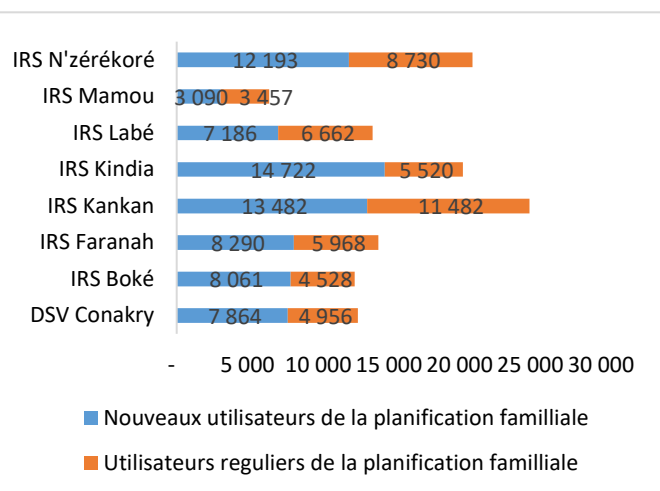


Figure 7 : Utilisation de la planification familiale par région Janvier-Mars 2026

Au niveau national, les formations sanitaires ont enregistré 74 888 nouveaux utilisateurs et 51 303 utilisateurs réguliers de la planification familiale, pour une prévalence contraceptive estimée à 8%, témoignant d'une dynamique d'adoption de la PF encore modeste mais réelle des services de santé reproductive. Les disparités régionales sont néanmoins marquées: Kankan se distingue par le volume global le plus élevé (environ 25 000 utilisateurs cumulés), portée par un fort maintien des utilisateurs réguliers, tandis que Kindia et N'zérékoré affichent des volumes importants de nouveaux utilisateurs, traduisant une demande croissante. À l'opposé, Mamou enregistre les niveaux les plus faibles toutes catégories confondues, suggérant un accès limité ou une faible utilisation des services de planification familiale. En termes de prévalence contraceptive, les proportions les plus élevées sont observées dans la région de Labé alors que les régions Kankan et Conakry affichent les prévalences les plus faibles.

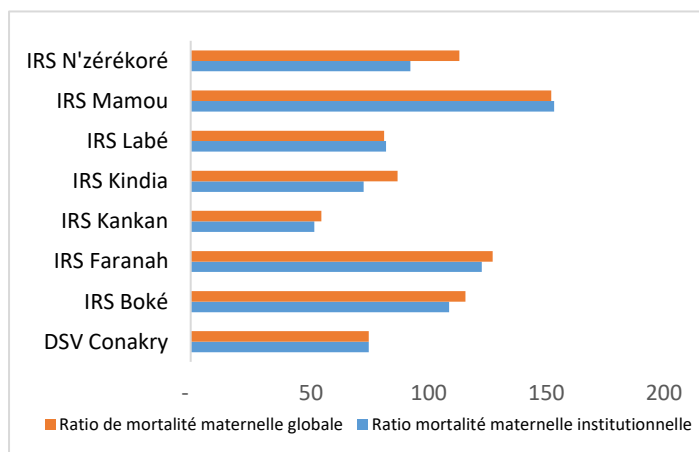


Figure 8 : Répartition des Décès maternel entre Jan.-Mars 2026

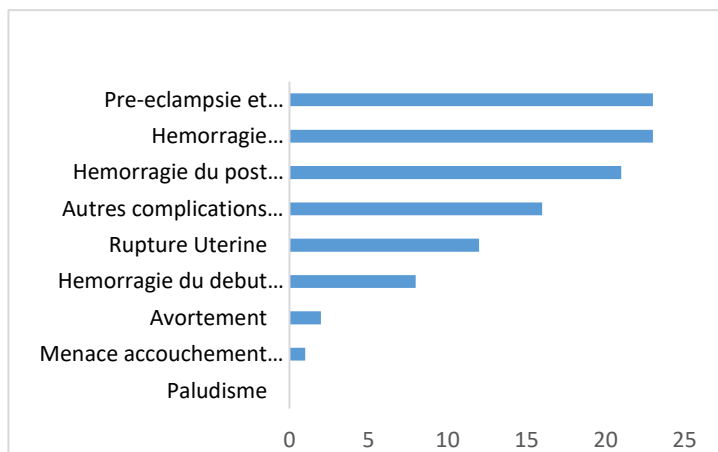


Figure 9 : Répartition des causes des décès maternels entre Jan.-Mars 2026

Au niveau national, le ratio de mortalité maternelle globale reste supérieur au ratio institutionnel dans toutes les régions, traduisant qu'une proportion importante des décès survient encore en dehors des structures de santé. Les ratios les plus élevés sont observés à Mamou (155 décès pour 100 000 naissances vivantes) et à Faranah (124), tandis que Conakry enregistre le ratio le plus faible (76), en lien avec une sous-déclaration des décès (à l'hôpital Ignace Deen et dans les CMC de Kouchner, Minière, Ratoto et Coleyah) plutôt qu'avec une meilleure performance sanitaire. Dans les régions de l'intérieur, l'écart important entre mortalité globale et institutionnelle met en évidence les difficultés d'accès aux soins obstétricaux d'urgence et l'importance des décès communautaires. Les principales causes de décès maternels sont la prééclampsie/éclampsie (23 cas), les hémorragies pendant le travail et l'accouchement (23 cas), les hémorragies du post-partum (21 cas), les autres complications obstétricales (16 cas) et les ruptures utérines (12 cas), tandis que les décès liés aux avortements restent moins fréquents.

Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la prise en charge des urgences obstétricales, notamment des hémorragies et de l'hypertension gravidique, d'améliorer l'accès aux soins obstétricaux de qualité dans les régions éloignées et de consolider le système de notification et d'audit des décès maternels et périnataux afin d'améliorer l'exhaustivité des données et d'orienter les interventions de santé publique.

Tableau 10 : Répartition de la mortalité périnatales dans les FOSA entre Janvier-Mars 2026

Régions	Mort-nés Frais	Mort-nés Macérés	Décès néo-natal précoce	Taux de mortalité périnatale
Conakry	157	147	104	37,3
Boké	183	237	32	38,87
Faranah	126	217	5	24,95
Kankan	249	341	112	21,14
Kindia	122	217	20	17,9
Labé	59	169	17	21,75
Mamou	51	86	5	18,61
N'zérékoré	204	241	22	20,95
Guinée	1 151	1 655	317	23,84

5. PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (PEV)

Tableau 11 : Répartition des Couvertures vaccinales et taux d'abandon par antigène entre Janvier-Mars 2026

Régions	BCG	Penta 3	VAR2	Td 2 et plus	Taux d'abandon BCG/VAR1	Taux d'abandon Penta1/Penta3
Conakry	75,99	73,94	61,45	56,70	8,09	7,17
Boké	93,90	93,65	72,68	83,31	16,23	5,46
Faranah	96,69	89,81	92,15	81,91	16,27	5,67
Kankan	84,90	71,22	62,26	74,59	24,33	8,21
Kindia	81,89	72,37	61,06	61,71	19,39	4,14
Labé	95,60	96,10	82,75	85,37	13,48	4,23
Mamou	100,02	98,01	86,64	93,14	14,07	9,64
N'zérékoré	93,21	93,85	79,76	99,84	11,21	6,25
Guinée	87,72	81,86	70,65	76,56	16,58	6,36

À l'échelle nationale, les couvertures vaccinales administratives restent globalement inférieures à la cible de 90 % pour plusieurs antigènes, malgré des niveaux relativement élevés pour le BCG (87,72 %) et le Penta3 (81,86 %). Le taux d'abandon entre le BCG et le VAR1 demeure élevé (16,58 %), ce qui révèle des difficultés d'achèvement du calendrier vaccinal, particulièrement à Kankan, Faranah, Kindia et N'Zérékoré. Conakry enregistre les couvertures les plus faibles, , tandis que Mamou et Labé présentent de meilleures performances. L'analyse des données Penta1/Penta3 montre une cohérence globalement satisfaisante, malgré quelques valeurs aberrantes suggérant des incohérences de déclaration ou des rattrapages vaccinaux.

Ces résultats mettent en évidence des disparités régionales persistantes et soulignent la nécessité de renforcer la qualité des données, la supervision et l'accessibilité des services

8-LE VIH/SIDA ET LES HEPATITES

Tableau 12: Dépistage du VIH dans la population générale Janv.-Mars 2026 par région

Régions	Personnes Conseillées	Personnes testées	Personnes Testées positives	Patients chez qui ont a initié la TARV
Conakry	20 737	11 584	1 116	889
Boké	5 531	5 216	396	308
Faranah	3 886	3 325	133	103
Kankan	9 091	7 615	554	473
Kindia	7 853	6 419	249	403
Labé	5 222	4 840	239	282
Mamou	4 265	3 973	143	84
N'zérékoré	7 959	7 929	515	405
Guinée	64 544	50 901	3 345	2 947

Le tableau présente les données du dépistage du VIH en Guinée. Sur 64 544 personnes conseillées, 50 901 ont été testées. Parmi elles, 3345 cas positifs ont été identifiés. Au total, 2 947 patients séropositifs ont été mis sous traitement antirétroviral (TARV). La région de Conakry enregistre le plus grand nombre de cas positifs (1116), suivie de Kankan (554 cas). Globalement, l'accès au dépistage et au traitement est relativement bon. La carte montre la répartition de la file active en fin Mars 2026. Les préfecture de et N'zérékoré, Boké, Coyah et les 5 communes de Conakry ont les plus grands nombres de personnes sous TARV et les plus faibles sont enregistrés dans les régions de Mamou, Labé et Faranah. Cependant, cette carte ne reflète pas forcément la prévalence du VIH, mais plutôt la couverture du traitement.

En Guinée, la mortalité périnatale demeure une préoccupation majeure, avec un taux national de 23,9 décès pour 1 000 naissances. Elle varie fortement selon les régions, avec des taux élevés à Conakry (37,3) et Boké (38,87) tandis que les niveaux les plus faibles sont observés à Kindia (17) et Mamou (18,61). Ces disparités pourraient s'expliquer par des différences d'accès aux soins, aux pratiques obstétricales, mais aussi par une sous-déclaration des cas qui est quasi générale.

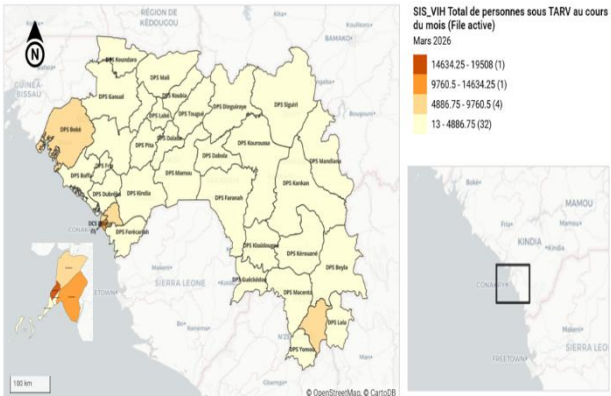
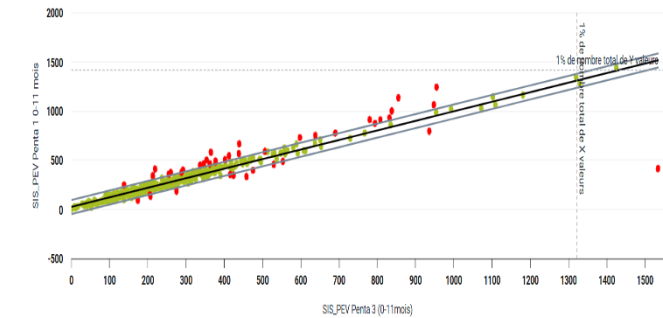


Tableau 10 : Total personnes sous TARV au mois Mars 2026 par région

Tableau 13 : Dépistage et PEC des lésions précancéreuses Janv-Mars 2026

Région	Clientes testées à l'IVA/IVL	Clientes testées positives à IVA/IVL	Clientes traitées (Thermo coagulation ou Cryothérapie)	Clientes avec lésion large référées	Clientes avec suspicion de cancer référées
Conakry	228	22	20	1	3
Boké	73	3	3	0	0
Faranah	59	12	2	0	2
Kankan	277	9	6	3	7
Kindia	141	22	31	0	6
Labé	97	20	18	0	1
Mamou	76	2	2	0	0
N'zérékoré	86	1	1	0	9
Guinée	1 037	91	83	4	28

Sur un total de 1037 femmes dépistées à l'IVA/IVL, 91 (11,65%) se sont révélées positives, essentiellement à Conakry et Kindia, Labé et Faranah. La majorité des cas positifs (91,20 %) a pu être prise en charge immédiatement par thermo coagulation et cryothérapie, tandis que 4 femmes ont été référées pour lésions larges et 28 pour suspicion de cancer. La situation régionale montre de fortes disparités globalement, le programme fait preuve d'une bonne capacité de prise en charge. Toutefois, il met en lumière des inégalités régionales ce qui souligne la nécessité de renforcer à la fois la couverture, l'accès au dépistage et le suivi des cas référés.

1. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MOINS DE 5 ANS

Tableau 14: Dépistage systématique de la malnutrition aiguë par Janvier-Mars 2026

Région	Enfants évalués	MAM dépistés	MAS dépistés	MAS testés pour VIH	MAS tests VIH+	Nouvelles admissions CRENAM	Nouvelles admissions CRENAS	Nouvelles admissions CRENI	Taux de guérison CRENAM/ CRENAS/ CRENI
Conakry	46 568	2 507	983	362	38	1 404	584	213	98,3
Boké	27 721	1 638	1 157	45	1	1 455	1 224	97	95,6
Faranah	12 404	1 024	591	0	0	780	525	87	98,3
Kankan	36 773	3 782	1 491	22	0	3 923	1 735	193	92,7
Kindia	22 646	1 438	504	8	3	1 197	615	48	97,2
Labé	20 589	486	524	35	0	159	529	121	93,5
Mamou	13 433	162	119	39	0	145	159	68	88,3
N'zérékoré	25 441	2 597	926	4	0	1 587	1 523	70	94,3
Guinée	205 575	13 634	6 295	515	42	10 650	6 894	897	95,1

À l'échelle nationale, 205 575 enfants ont été évalués à la consultation de l'enfant sain, parmi lesquels 19 929 ont été identifiés comme malnutris (13 634 MAM et 6 295 MAS). 515 enfants malnutris sévères ont été testés pour le VIH, dont 42 positifs. Conakry est la région la plus touchée. Les enfants sont pris en charge dans les programmes CRENAM, CRENAS et CRENI avec un taux de guérison national de 95 %.

Ces données soulignent l'importance du dépistage actif et passif, de la sensibilisation communautaire, et la disponibilité des intrants nutritionnels pour lutter efficacement contre la malnutrition et réduire la mortalité infantile en Guinée.

Tableau 15 : PEC d'enfants reçus pour la pneumonie et la diarrhée Janv.-Mars 2026.

Région	Enfant reçu pour la DIARRHÉE		Enfant reçu pour la PNEUMONIE	
	Cas reçus	% traité SRO/ZINC	Cas reçus	% traité avec antibiotique
Conakry	6 316	85%	19 010	89%
Boké	7 144	92%	17 599	98%
Faranah	8 135	86%	16 824	99%
Kankan	17 623	62%	27 133	97%
Kindia	6 621	84%	21 772	95%
Labé	8 729	94%	15 266	98%
Mamou	3 651	84%	8 967	99%
N'zérékoré	8 855	92%	19 204	99%
Guinée	67 074	82%	145 768	96%

Au cours de ce trimestre, 67 074 enfants ont été reçus pour diarrhée, avec un taux de prise en charge national par SRO/Zinc de 82 %. Des disparités régionales importantes persistent : Labé (94 %), Boké et N'Zérékoré (92 %) affichent les meilleures performances, tandis que Kankan reste préoccupant avec seulement 62 %, signalant des difficultés majeures de prise en charge.

Concernant la pneumonie, 145 768 enfants ont été diagnostiqués et 96 % ont bénéficié d'une antibiothérapie adaptée. Les régions de Mamou, Faranah et N'Zérékoré atteignent 99 %, alors que Conakry reste la moins performante à 89 %.

À noter que Kankan concentre à elle seule 26 % des cas de diarrhée et 19 % des cas de pneumonie, ce qui représente une charge de morbidité particulièrement élevée pour cette région.

Le renforcement du dépistage précoce et de la prise en charge efficace de ces deux pathologies demeure essentiel pour réduire les complications et la mortalité infantile en Guinée.

CONCEPTION & PUBLICATION

Directeur de publication : Dr Abdoulaye Missidé DIALLO – DG du BSD

Mail : diallomisside@gmail.com 623-07-59-08

Administrateur & Coordinateur : Mr. Amara TOURE- DGA du BSD

Mail : amaratoure.at@outlook.com 620-50-06-50

REDACTION :

Rédacteur en chef : Dr Mamadou Dian SOW– Chef de Division SNIS & Recherche

Mail : diansow791@gmail.com 620-86-20-40

Rédacteur en chef adjoint : Dr Abdoul Karim NABE – Chef section SNIS

Mail : akarimnabe41@gmail.com

COMITE DE LA REDACTION :

Président : Alpha Oumar DIALLO

Mail : alphaod64@gmail.com

Membres : Equipe Technique du SNIS