REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail – Justice - Solidarité

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION NATIONALE DE LA PREVENTION
ET DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

Programme National de Lutte Contre le Paludisme

Plan Stratégique National de Lutte Contre le Paludisme 2013 - 2017

Février 2014

Maitriser le Paludisme pour un Développement Socioéconomique Durable

PREAMBULE

A l'échéance du Plan Stratégique de 2ème génération (2006-2010), le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a initié et mis en œuvre avec l'appui des partenaires au cours de l'année 2012, la Revue de Performances du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) . Cette revue a permis d'identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces qui influencent la lutte contre le paludisme dans le pays. Elle a également permit de faire des recommandations pertinentes pour intensifier et qualifier la lutte contre le paludisme en vue de l'atteinte des OMD à l'horizon 2015.

Aussi, la politique nationale de lutte contre le paludisme en Guinée a été révisée en 2012 afin de tenir compte des nouvelles considérations scientifiques qui ont suscité de nouvelles approches stratégiques dans la lutte contre le paludisme. Ce document fournit aux différents acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme des orientations stratégiques claires dans le but d'harmoniser les stratégies de prévention et de prise en charge des cas conformément aux recommandations de l'OMS.

Les constats, conclusions et recommandations de la revue et le document de politique nationale de lutte contre le paludisme ont servi de base à l'élaboration du présent Plan Stratégique de 3ème génération 2013-2017. Il est en conformité avec le plan stratégique mondial de lutte contre le paludisme (GMP) et contribuera à l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD 4,5,6).

Le présent plan a été élaboré dans le cadre d'un processus participatif impliquant les partenaires techniques et financiers (OMS, RBM, USAID/PMI, UNICEF), les ONGs (Faisons Ensemble, MCHIP/JHPIEGO, CRS, Plan Guinée, Child Fund,…), les services techniques du MSHP et les acteurs de terrains (DPS, DRS).

Il permet au pays de disposer d'un cadre qui fixe les objectifs, défini les orientations stratégiques, les modalités de mise en œuvre et de suivi/évaluation, identifie les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la lutte contre le paludisme les cinq prochaines années.

La disponibilité de ce document permettra certainement de disposer des moyens indispensables pour mener les activités de lutte contre le paludisme dans un cadre de partenariat élargi entre le secteur public, le secteur privé, les partenaires bi et multi latéraux, les ONGs, les Universités et les Communautés à la base.

Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

REMERCIEMENTS

Le présent document est le fruit de la volonté politique du gouvernement, de l'appui des partenaires au développement et du travail des cadres et acteurs de terrain.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique remercie tous ceux qui de près ou de loin, ont bien voulu apporter leur contribution inestimable à la réalisation de ce travail.

C'est le lieu de rendre hommage à tous les acteurs grâce aux quels, le processus de revue des performances du PNLP, de révision de la politique nationale de lutte contre le paludisme et d'élaboration du plan stratégique de 3ème génération, a pu aller à son terme. Il s'agit particulièrement :

- Des services techniques du MSHP ;
- Des projets et Programmes du MSHP ;
- Des institutions de formation et de recherche ;
- Des équipes cadres des régions et préfectures et des prestataires de services des formations sanitaires;
- Des communautés qui ont bien voulu participer aux focus groupe ;
- Des participants aux différents ateliers et des enquêteurs de terrain ;
- Des consultants indépendants.
- Des cadres du PNLP

Nous adressons notre profonde gratitude à tous les partenaires bi et multilatéraux ainsi qu'aux organisations de la société civile et du secteur privé qui ont rendu possible, grâce à leur soutien technique, financier et matériel, la réalisation de ce travail. Il s'agit notamment de Roll Back Malaria (RBM), West Africa Roll Back Malaria Network (WARN), l'USAID/PMI, Faisons Ensemble, JHPIEGO/MCHIP, l'OMS, l'Unicef, Plan Guinée, Rio Tinto, CRS, PSI, Child Fund, MSF Suisse, du Réseau des ONGs de lutte contre le paludisme (RENALP).

Nous restons convaincu que le présent plan permettra de mettre à la disposition des partenaires et acteurs, les moyens techniques, financiers et matériels pour une mise en œuvre efficiente des stratégies de lutte contre le paludisme en Guinée.

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES

ACS : Agent Communautaire de Santé

CMC : Centre Médical Communal

CPN : Consultation Pré-Natale

CRS: Catholic Reliefs Services

CS : Centre de Santé

DCS : Direction Communale de la Santé

DPS : Direction Préfectorale de la Santé

DSRP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

EDS: Enquête Démographique et Sanitaire

GAS : Gestion des Achats et de Stocks

SIGL : Système National d'Information de Gestion Logistique

AQ : Artesunate Amodiaquine

TDR : Test de Diagnostic Rapide

CHR : Centre hospitalier régional

CTA : Combinaisons Thérapeutiques à Base d'Artemisinine

SMIR : Surveillance Intégré de la Maladie et la Riposte

PID : Pulvérisation Intra Domiciliaire

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

CDMT : Cadres de Dépenses à Moyen Terme

HKI : Helen Keller International

ISF : l'Indice Synthétique de Fécondité

LAV : Lutte Anti - vectorielle

MILDA : Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action

TPI : Traitement Préventif Intermittent

TPIg : Traitement Préventif Intermittent au cours de la grossesse

TPIe : Traitement Préventif Intermittent chez l'enfant

SP : Sulfadoxine-Pyrimethamine

CPS : Chimioprévention du Paludisme Saisonnier

MlCS : Multiple Indicator Cluster Surveys (Enquête par grappes à indicateurs multiples)

MSF: Médecin Sans Frontière

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PMI: Initiative Présidentiel de lutte contre le Paludisme

PNLP: Programme National de Lutte contre le Paludisme

PS : Poste de Santé

PSI: Population Services International

RBM: Roll Back Malaria (Faire Reculer le Paludisme)

UNICEF: United Nations Children'sFund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)

USAID: Agence Américaine pour le Développement International

MCHIP/JHPIEGO :Maternal And Child Heath Integrated Program(Programme Intégré de la Sante Maternel et de l'Enfant)

RENALP : Réseau National des ONGs de lutte contre le paludisme.

UNFPA : Fonds des Nations Unis pour la Population

UNITAID :

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Figure 1 : Carte administrative de la Guinée……..…...…7
Tableau I: Evolution des indicateurs socioéconomiques…….…....16
Tableau II : Répartition des ressources humaines du MSHP par catégorie professionnelle selon les régions en 2011…….....…….....…26
Tableau III : Evolution du Budget de l'Etat et du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en USD.....30
Tableau IV : Contribution du système de santé à la lutte contre le paludisme……...…….....…36
Figure 2 : Stratification et cartographie du risque…….……..…..…38
Figure3: Prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois……..……...39
Tableau V: Evolution de la situation du paludisme en Guinée de 2006-2011…….....39
Figure 4: Incidence du paludisme en Guinee de 1986 à 2011……...….....40
Tableau VI: Répartition des cas de paludisme par tranche d'âge de 2008 à 2011…….....…41
Tableau VII: Situation des MILDA distribuées par partenaires et par an de 2006 à 2012…….....43
Figure 5: Evolution (%) de la proportion des ménages disposant d'au moins d'une Moustiquaire imprégnée d'insecticides…….....56
Figure 6 : Evolution (%) de la proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une Moustiquaire imprégnée la nuit précédente l'enquête…….....56
Figure 7 : Evolution (%) du pourcentage des femmes en état de grossesse ayant dormi sous une Moustiquaire imprégnée la nuit dernière……...….57
Tableau VIII : Financement de la lutte contre le paludisme par les partenaires…….....…57
Tableau IX : Résumé du budget par intervention……...……..86
Tableau X : Résumé du budget par catégorie de cout…….....…….88
Tableau XI: Résumé du budget par partenaire……..……90
Tableau XII: Résumé de l'analyse des écarts budgétaires……90

Résumé exécutif

La Guinée a élaboré et mis en œuvre deux plans stratégiques depuis son engagement dans l'initiative « Roll Back Malaria » en 1998. La Revue de Performance du Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP) a été réalisée en 2012 en vue de l'élaboration d'un nouveau Plan Stratégique National pour la période 2013 – 2017.

La revue a permis d'évaluer la performance du Programme en dégageant les forces, faiblesses, opportunités et menaces de la lutte contre le paludisme pour une meilleure planification des activités des cinq prochaines années.

Le présent Plan Stratégique est conçu pour une période de cinq ans allant de 2013 à 2017. Les objectifs de ce plan sont en adéquation avec les orientations de la Politique Nationale de Santé, les axes stratégiques du Plan de Développement Sanitaire, le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté et les Objectifs du Millénaire pour le Développement 2015.

Ce plan a pour **Vision** "**Maitriser le paludisme pour un développement socio économique durable**".

La mission du PNLP est d'assurer à toute la population un accès universel aux services de prévention et de prise en charge du paludisme de qualité conformément à la politique nationale de santé.

Conformément à la politique nationale de santé, la politique de lutte contre le paludisme se base sur des principes et des valeurs universels, à savoir la justice sociale, la solidarité, l'équité, l'éthique, la probité et la qualité.

Les principes directeurs se basent sur la bonne gouvernance, l'approche genre, le respect des évidences scientifiques et des recommandations internationales dans le choix des interventions de lutte contre le paludisme. Ces principes et valeurs répondent aux différents engagements pris par le pays sur le paludisme notamment les résolutions de l'Union Africaine (2000, 2006 et 2013), les Objectifs CEDEAO 2015, le Plan Stratégique Mondial « Faire Reculer le Paludisme » 2008-2015 et les Objectifs du Millénaire pour le Développement 2015.

Conformément à la politique nationale de lutte antipaludique (LAP), les interventions de lutte contre le paludisme du plan stratégique 2013-2017 seront adaptées aux différents faciès épidémiologique du paludisme du pays et seront axées sur les priorités suivantes :

- assurer un accès universel aux mesures de prévention à toute la population, notamment les MILDA et le TPI chez la femme enceinte;
- assurer la protection de toute la population des zones ciblées par la PID;
- assurer la confirmation biologique (TDR ou microscopie) pour tous les cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires (publiques, parapubliques, confessionnelles, associatives et privées) et dans la communauté (Agents Communautaires de Santé) ;
- assurer la prise en charge correcte de tous les cas de paludisme confirmés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire;
- renforcer le système de surveillance dans les sites sentinelles;

- renforcer le système de surveillance épidémiologique du paludisme à travers la SIMR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;
- renforcer le système de suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme, à travers un système de surveillance de routine fonctionnel à tous les niveaux permettant la récolte et l'analyse des données de qualité et la prise décision;
- renforcer la communication pour le changement de comportement des populations en vue de l'utilisation accrue des services de prévention et de prise en charge du paludisme ;
- renforcer les capacités de coordination et de gestion du programme à tous les niveaux ;
- Assurer la disponibilité des intrants à tous les niveaux pour la prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme ;
- renforcer le partenariat « Faire Reculer le Paludisme » dans le pays pour la mobilisation d'un financement substantiel à travers le budget de l'Etat, du secteur privé, des partenaires au développement;
- renforcer la collaboration inter-pays et sous régionale en matière de lutte contre le paludisme.

Le but du Plan Stratégique est de réduire la morbidité liée au paludisme de 75% par rapport à 2000, et amener la mortalité à un niveau proche de zéro d'ici la fin 2017.

Les Objectifs à atteindre sont les suivants :

- Assurer la protection d'au moins 80 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme
- Assurer la confirmation biologique d'au moins 90 % des cas suspects de paludisme
- Assurer un traitement correct et précoce d'au moins 90% des cas de paludisme
- Renforcer le système de suivi/évaluation à tous les niveaux conformément au plan de SE
- Renforcer les capacités de gestion, de partenariat et de coordination du Programme à tous les niveaux
- Renforcer le niveau de connaissance de la population sur les mesures de prévention et de prise en charge du paludisme

Pour atteindre ces objectifs des axes stratégiques avec les activités à mener par an ont été définis. Les interventions qui seront développées au cours des cinq années sont les suivantes.

- Lutte anti - vectorielle

Prévention du paludisme au cours de la grossesse

- Prévention du paludisme chez l'enfant
- Diagnostic et prise en charge des cas de paludisme:
- Gestion des situations d'urgences et épidémies de paludisme
- Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale
- Surveillance, Suivi & Evaluation et Recherche opérationnelle
- Renforcement institutionnel et de la coordination du Programme

Afin de mesurer les performances du Programme dans la mise en œuvre des interventions prévues, un plan de suivi/évaluation aligné au plan stratégique a été développé. Ce plan de SE comporte notamment un cadre de performance qui définit les indicateurs à mesurer, les cibles à atteindre par période.

Le budget du Plan Stratégique 2013-2017 s'élève à **229 026 744** Dollars US.

SOMMAIRE

PREAMBULE 2
REMERCIEMENTS 3
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES 6
Résumé exécutif 7
Introduction 12
1. PROFIL DU PAYS 14
1.1. Situation géographique 14
1.2. Système sociopolitique 14
Figure 1 : Carte administrative de la Guinee 14
1.3. Situation démographique 14
1.4. Ecosystème, environnement et climat 15
1.5. Situation socio-économique 16
1.6. Analyse du système national de santé 17
1. 2. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME 33
2.1. Profil épidémiologique du paludisme 33
I. 37
I. 37
2.2. Performance du Programme de lutte contre le Paludisme 39
1. 41
II. 41
III. 41
IV. 41
V 41
1. 41
2. 41
3. 41
4. 41
5. 41
6. 41
7. 41
3. CADRE STRATEGIQUE DU PLAN 2013-2017 58

3.1. Vision 58
3.2. Mission 58
3.3. Principes directeurs et valeurs 58
3.4. Orientations stratégiques et priorités 58
3.5. But du Plan Stratégique 59
3.6. Objectifs du Plan stratégique 59
3.7. Résultats attendus du Plan stratégique 60
3.8. Interventions et stratégies de mise en œuvre 60
4. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN 67
4. 1. Cadre de performance 67
4.2. Suivi des progrès. 67
4.3. Evaluation de l'impact et des résultats 67
5. GESTION DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 69
5.1. Ressources humaines 69
5.2. Planification et mise en œuvre 69
5.3. Coordination des partenariats 70
5.4. Système de gestion des achats et des stocks 70
5.5. Gestion des ressources financières 71
6. BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT 72
6.1. Résumé du budget par intervention 72
Tableau IX : Résumé du budget par intervention 72
6.2. Résumé du budget par catégorie de coût Tableau X : Résumé du budget par catégorie de coût 73
7. MOBILISATION DES RESSOURCES 74
7.1. Cartographie des donateurs et stratégie de mobilisation des ressources 74
7.2. Analyse des écarts budgétaires du Plan stratégique 2013-2017 75
ANNEXES DU PLAN STRATEGIQUE 76
Annexe 1 : Références bibliographiques 77
Annexe 2 : ORGANIGRAMME DU PNLP 78
B. Annexe 4 : Besoins en intrants antipaludiques 79
A. Annexe 6 : Cadre de performance du plan stratégique 2013-2017 88
Annexe 7 : Liste des participants à l'élaboration du plan stratégique 2013-2017 93

Introduction

En Afrique au sud du Sahara, le paludisme constitue un problème majeur de santé publique. Selon le partenariat « Faire reculer le paludisme » en 2010, sur 247 millions de cas enregistrés au niveau mondial, 212 millions sont notifiés en Afrique. De plus l'Afrique concentre 91% des décès mondiaux dus au paludisme dont 85 % de ces décès concernent les enfants de moins de 5 ans.

Le paludisme est de par sa morbidité et sa mortalité le premier problème de santé publique en Guinée. Les données disponibles permettent d'affirmer que, pour toutes les tranches d'âges confondus, le paludisme représente la première cause de consultation dans les formations sanitaires publiques. La part de la maladie varie de 34 % en 2011 à 59% en 2008. Selon l'annuaire statistique du MSHP, 1 189 016 cas ont été enregistrés en 2011. L'incidence hospitalière annuelle varie de 87 pour mille en 2007 à 101 pour mille en 2011.

Selon l'EDS-IV MICS 2012 dans l'ensemble, 29 % des enfants de moins de 5 ans ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête.La même enquête a trouvé une prévalence de 44 % chez les enfants de moins de 5 ans en 2012 variant de 3% à Conakry à 66% à Faranah.L'EDS IV-MICS 2012 a montré q'au niveau national, 77 % des enfants de moins de 6-59 mois sont anémiés : 24 % souffrent d'anémie légère, 45 % souffrent d'anémie modérée, et 8 % d'anémie sévère.

A l'instar des enfants de moins de 5 ans les femmes enceintes représentent également un groupe vulnérable. Au niveau national, 49 % des femmes souffrent d'anémie avec une prédominance chez les femmes des zones rurales (52 %) par rapport à celles des zones urbaines (44 %).

En ce qui concerne la mortalité, selon les données du SNISG, de 2009 à 2011 les structures de santé ont enregistrés un total 530 décès dus au paludisme.

Conscient de ce fardeau, le gouvernement a fait dela lutte contre le paludisme l'une des priorités du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2003-2012. Dans le souci de favoriser la mise en œuvre des interventions efficaces en faveur des populations, le pays a adhéré à toutes les initiatives internationales de lutte contre le paludisme : objectifs du millénaire pour le Développement, objectifs d'Abuja, Plan Mondial de Lutte contre le Paludisme du Partenariat RBM…

Pour ce faire la Guinée a mis enœuvre un premier plan stratégique 2001-2005 puis un second plan stratégique de lutte contre le paludisme pour la période de 2006-2010.

A l'échéance de ce plan de deuxième génération, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, avec l'appui des partenaires au développement et les acteurs de terrain, a conduit en 2012 une Revue des Performances du Programme de lutte contre le paludisme. Ce processus a permit d'identifier les forces, faiblesses, opportunités et menaces du PNLP et a abouti à des recommandations permettant d'améliorer sa mise en œuvre dans la perspective de l'atteinte des OMD 2015.

Au vu des résultats de cette revue la Guinée a élaboré le présent Plan Stratégique Quinquennal 2013 -2017, basé sur la nouvelle Politique de lutte contre le paludisme et qui vise à réduire la mortalité due au paludisme pour atteindre un chiffre proche de zéro et réduire de 75 % (par rapport à 2000) le nombre de cas de paludisme d'ici la fin de 2015.

Il s'agit d'un cadre de référence et un outil d'orientation pour tous les intervenants et partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme. C'est un instrument de rassemblement du partenariat autour d'un seul plan stratégique, un seul plan de suivi/évaluation et une seule coordination.

1. PROFIL DU PAYS

1.1. Situation géographique

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale, entre 7° et 12° latitude nord et 8° et 15° longitude ouest. Elle est limitée par La Guinée Bissau au nord-ouest, le Sénégal et le Guinée au nord, la Côte d'Ivoire et le Guinée à l'est, le Liberia 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.

1.2. Système sociopolitique

Au plan administratif, la Guinée est divisée en 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 334 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1615 districts ruraux

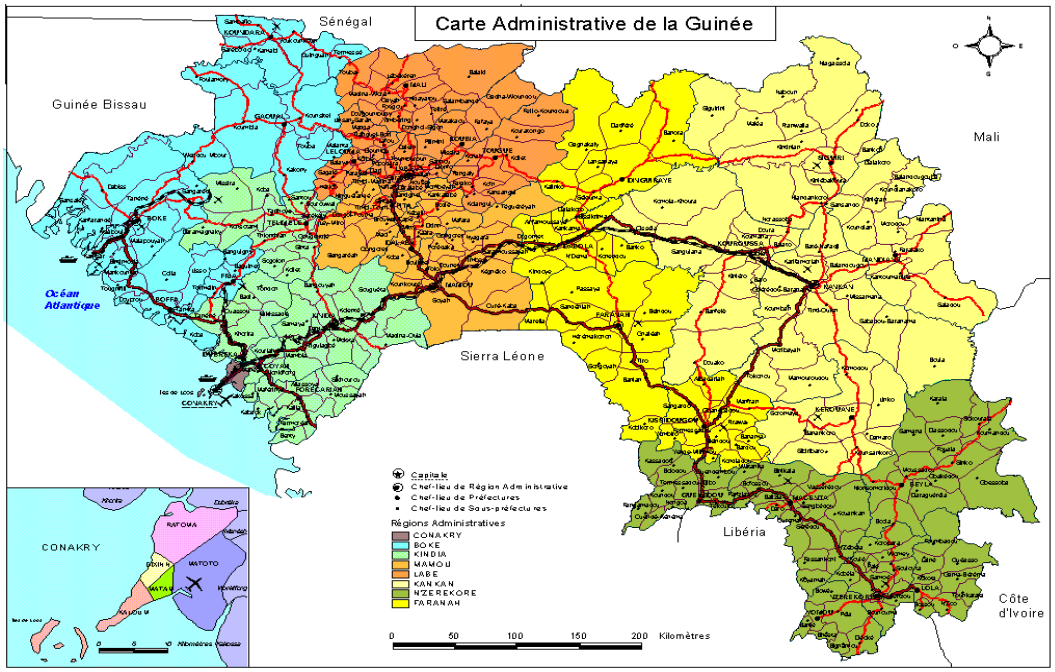


Figure 1 : Carte administrative de la Guinee

1.3. Situation démographique

Au plan de la démographie, la population totale de la Guinée est estimée à 11 414 149 habitants en 2013 avec une densité moyenne de 46 habitants au km². Le taux annuel d'accroissement de la population est de 3,1%. La majorité de la population (71%) vit en zone rurale où l'agriculture demeure la principale activité. Toutefois, le pays connaît de plus en plus un exode rural massif des jeunes, vers les grands centres urbains et les zones minières.

La population guinéenne est relativement jeune puisque 61,6 % des Guinéens auraient moins de 25 ans, tandis que la tranche 25-54 ans constituerait 30,4 % de la population. Les 8 % restant étant constitués de guinéens âgés de plus de 54 ans, dont seulement 3,6 % âgés de plus de 65 ans.

1.4. Ecosystème, environnement et climat

La Guinée comprend quatre régions naturelles:

- 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 qui varient entre 3000 et 4000 mm par an.
- La moyenne Guinée est une région de massifs montagneux qui couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles qui varient entre 1500 et 2000 mm.
- La haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays et où le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm par an.
- La Guinée forestière est un ensemble de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national, avec une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm.

Le pays doit cette originalité à son milieu naturel qui se caractérise par des contrastes climatiques, des barrières montagneuses et l'orientation des reliefs qui se combinent pour donner à chaque région des particularités du point de vue climat, sols, végétation et mode de vie des populations.

Autrefois appelée " Les rivières du Sud " la Guinée est le pays le plus arrosé de l'Afrique de l'Ouest. Elle dispose de la plus large côte (300 Km sur l'Océan Atlantique) en Afrique de l'Ouest. Elle est la source de13 fleuves qui arrosent les pays voisin à la Guinée (dont le fleuve Niger - le plus grand de l'Afrique de l'Ouest). De nos jours, 1161 cours d'eau sont répertoriés.

L'hydrographie du pays se partage en deux grands types, selon ses régions naturelles:

- **Hydrographie des Régions montagneuses (La Guinée Forestière et la Moyenne Guinée):** Elle est composée des Torrents, des cascades et des chutes. Par exemple les chutes de Kinkon et les chutes de Kambadaga à Pita 396 Km de Conakry, les chutes de Sala (Labé 431 Km de Conakry), les chutes voile de la mariée à Kindia 145 km de Conakry, Les chutes de dubréka ou " chien qui fume" à Dubreka(42 km de Conakry), les cascades de Sarékali (vers Guinée Yimbèrin/Labé), la chute de Gubé à Kéraouané, les chutes de kindoï, de Tinkisso et de Kankama (à Faranah 562 Km de Conakry), les chutes de Yendé (entre Guéckedou et Kissidougou 700 km de Conakry)...

- **Hydrographie des Régions plates (La Haute Guinée et la Basse Guinée):** Elle est composée de lacs, d'étangs, des mares, des marécages, des plages.... Par exemple le mare de Baro (à kignèro/ Kouroussa), les mares de Dalaba (à Dalaba), les plages du Milo à Kankan, les plages djoliba à Kouroussa, les plages de Baffing à Siguiri, les plages des îles de Loos

(Room, Kassa, blanche), la plage Bel Air (à Boffa 225 km de Conakry), la plage Rogbané de Conakry.

Cette richesse hydrographique donne à la Guinée le titre de '' Château d'eau de l'Afrique de l'Ouest ".

L'environnement en Guinée semble préservé grâce à la faible densité de population et à l'industrialisation limitée. Les principales menaces sont la déforestation, la pollution issue de l'exploitation minière, l'absence de traitement des eaux usées.

1.5. Situation socio-économique

Au plan sociopolitique, l'afflux de réfugiés et de populations déplacées, consécutif à plus de quinze années de conflit dans la sous-région, a laissé des traces encore visibles sur l'environnement et les infrastructures de base. Sur le plan interne, l'aggravation de la pauvreté et la difficulté d'accès aux services sociaux de base ont provoqué une crise sociopolitique qui risque de compromettre la paix sociale et les efforts de développement.

Les indicateurs socioéconomiques classent la Guinée dans la catégorie des pays pauvre très endetté. Selon le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté **(DSRP2, 2007), p**rès de la moitié de la population (49,2 %) vit en dessous du seuil de pauvreté c'est-à-dire dispose d'une consommation par tête inférieure à 387.692 FG (196 USD) par personne et par an. Parmi ces individus pauvres, 19,1% de la population vivent en pauvreté extrême, c'est-à-dire disposent d'un revenu au-dessous de 228.900 FG (116 USD) par personne et par an.La pauvreté est surtout un phénomène rural, près de 60 % de la population de ce milieu est pauvre contre 23,5% en milieu urbain. L'examen des indicateurs de pauvreté selon la région naturelle montre que la Haute Guinée et la Moyenne Guinée demeurent les régions les plus pauvres du pays avec des ratios de pauvreté respectifs de 67,5 % et 55,4 % **(DSRP2, 2007).**

Les résultats de l'EDS/MlCS-IV 2012 ont montré que le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans est de 122 ‰. En d'autres termes, en Guinée, environ un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans. Selon la même enquête le Taux de Mortalité Maternelle est de 724 décès de femmes enceintes pour 100 000 naissances vivantes, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé en moyenne à 5,1 enfants par femme et le Taux brut de Natalité de 34 ‰ individus.

Tableau I: Evolution des indicateurs socioéconomiques

INDICATEURS	**Valeur des indicateurs/Source et année**				
	RGPH-1996	**EDS-1992**	**EDS-1999**	**EDS-2005**	EDSG-MICS IV - 2012
Taux brut de natalité	39,7 p mille	41 p mille	36,9 p mille	38,4 p mille	34‰
Taux global de fécondité générale	170 p mille	195 p mille	193 p mille	194 p mille	174 ‰
Indice synthétique de Fécondité		5,7 enfants par femmes	5,5 enfants par femmes		5,1 enfants par femmes
Taux brut de mortalité	14,6 p mille	-	-	-	-
Taux d'accroissement naturel	2,6 p cent	-	-	-	-
Taux d'accroissement annuel (intercensitaire)	3,1 p cent	-	-	-	-
Taux de Mortalité néonatale		67 p mille	48 p mille	39 p mille	34 ‰
Taux de Mortalité infantile		136 p mille	98 p mille	91 p mille	67‰
Mortalité Infanto-Juvénile		229 p mille	177 p mille	163 p mille	122 ‰
Ratio de Mortalité maternelle		666 p c mille	528 p c mille	980 p c mille	724 pc mille
Femmes ayant fait au moins une CPN		58 p cent	71 p cent	82 p cent	
Pourcentage de femmes ayant fait les quatre CPN			46 p cent	49 p cent	
Accouchement Assisté par un personnel de santé		31 p cent	35 p cent	38 p cent	
Accouchement dans un établissement sanitaire		25 p cent	29 p cent	31 p cent	
Taux de prévalence contraceptive		2 p cent	5 p cent	9 p cent	
Prévalence du VIH dans la tranche d'âge 15-49 ans				1,5 p cent	
Espérance de vie	54 ans			62 ans	

1.6. Analyse du système national de santé

1.6.1. Politique et stratégie nationale de santé

La politique sanitaire du gouvernement a pour vision une société dans laquelle toute personne vivant en Guinée est en bonne santé. Cette vision implique:

- L'accès universel aux soins de qualité sans barrière géographique, économique et socioculturelle sur la base d'une complémentarité des secteurs public, privé, associatif et communautaire.

- Une plus grande responsabilisation communautaire pour une meilleure implication des populations dans la prise en charge de leurs problèmes de santé
- Un personnel de santé formé, motivé, valorisé et mieux distribué pour des prestations de services de qualité.
- Des facilités d'acquisition des médicaments vaccins et consommables pour une disponibilité assurée et un approvisionnement adéquat des structures sanitaires.
- Un financement amélioré du secteur pour une fourniture pérenne et qualitative des services de santé.
- Un cadre de travail transparent, stimulant la créativité.
- Un système de santé orienté vers la satisfaction des besoins des communautés et appuyé par une collaboration étroite de tous.

Les principes qui sous–tendent la vision sont les suivants :

a) ***La consolidation des acquis*** : Les acquis les plus importants du secteur depuis 1985, sont en rapport avec les soins de santé primaires, la réforme hospitalière et la politique pharmaceutique. Les actions entreprises dans ce cadre ont permis l'amélioration de la couverture sanitaire, la diversification des soins au niveau des structures, l'intégration des activités préventives, curatives et promotionnelles au niveau des services de santé de base, et la promotion des médicaments essentiels génériques. Ces stratégies seront renforcées au cours de la décennie à venir. Toute nouvelle action détournant des ressources destinées à la consolidation des acquis sera ajournée.

b) ***L'accès universel aux soins et aux services pour tous*** : Ce principe conduira à la réorganisation des services de soins et à faire en sorte que les nouveaux investissements en tiennent compte en vue d'une répartition équitable des ressources (structures de soins, ressources humaines, ressources financières). Les zones n'ayant pas accès aux services de santé essentiels seront prioritaires.

L'accès universel, suppose aussi des mécanismes de solidarité pour que les facteurs liés au coût des prestations ne limitent pas l'accès des pauvres aux services de santé.

c) ***L'amélioration de la qualité*** **des soins et des services disponibles**: Ce principe passe par l'amélioration du fonctionnement des services et l'amélioration continue des prestations de manière qu'elles soient conformes aux normes établies, scientifiquement reconnues et satisfassent les attentes des usagers.

d) ***La lutte contre la pauvreté*** : Les interventions doivent s'inscrire dans la stratégie globale de réduction de la pauvreté par le ciblage des populations les plus vulnérables (Femmes, Jeunes, population des zones réputées de forte pauvreté). Les actions à entreprendre devront contribuer à protéger le revenu des pauvres.

e) ***La faisabilité, l'efficacité et l'efficience des interventions*** : Les stratégies les plus efficaces pour un coût supportable par les ressources disponibles (meilleur rapport coût-bénéfice) seront recherchées. Les interventions respecteront scrupuleusement ce principe.

A ce titre, elles seront intégrées et coordonnées pour une meilleure utilisation des ressources.

f) ***L'unicité du système de santé***: Le système de santé est un ensemble global, intégré qui vise à améliorer la santé de la population. En conséquence, toute structure sanitaire, administrative ou de soins, publique ou privée, quels que soient son statut et sa localisation, doit s'y s'insérer harmonieusement. Le système ne doit pas comporter de solution de continuité.

g) **Le système de santé sera orienté vers la*satisfaction des besoins de l'usager*** : Ceci signifie que le système met l'être humain au centre de ses préoccupations. Cela signifie aussi que la communication sera développée entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire d'une part et, d'autre part, entre les structures sanitaires et leurs partenaires (population, autres secteurs, ONG, bailleurs de fonds, etc.) pour mieux comprendre et satisfaire ces besoins.

h) Le développement du système de santé tiendra régulièrement compte de la nécessité d'assurer ***des prestations globales, intégrées et continues***. Cela suppose, entre autres, que : a) l'examen des déterminants de l'état de santé fasse partie de la prise en charge des cas, b) un système de référence performant soit développé entre les différentes structures de soins.

i) Les décisions, seront fondées sur une ***démarche rationnelle***.

j) Le système de gestion globale du secteur sera conçu de manière à engager tous les acteurs vers la ***recherche de l'excellence*** et le ***travail en équipe*** dans la solution des problèmes. Pour cela, l***'engagement du personnel*** devra être continuellement recherché.

k) La **collaboration intersectorielle** et de la **participation des usagers** et des communautés dans un cadre de **partenariat** devront être constamment recherchées pour assurer le contrôle social efficace et la pérennité des acquis.

1.6.2. Système de santé public

1.6.2.1. Description

Le Ministère de la santé comprend trois niveaux dans sa structuration administrative :

- le niveau central qui comprend les directions et structures centrales organisées autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général ;
- le niveau intermédiaire qui comprend les directions régionales de la santé au nombre de 8 ;
- le niveau périphérique qui est représenté par les directions préfectorales/Communales de la santé (DPS/DCS), entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé correspondant aux préfectures (districts sanitaires) au nombre de 38.

1.6.2.2. Système de soins

- **Système de santé public**

Il est organisé en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

Le premier niveau est représenté par le district sanitaire. Il comprend deux échelons :

- le premier échelon de soins est représenté par les Centre et Poste de santé (CS/PS) qui constituent la structure sanitaire de base du système de santé. En 2012 on dénombre 473 PS et 412 CS.
- le deuxième échelon de soins du district est l'hôpital préfectoral (HP) et les Centres Médicaux Communaux(CMC) pour la ville de Conakry ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district. Il existe 33 HP et 8 CMC en 2012,

Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux Hôpitaux Préfectoraux. Les CHR sont au nombre de 7 en 2011.

Le troisième niveau est constitué par les Hôpitaux Nationaux au nombre de 3 (Donka, Ignace Deen et Kipé)**.** Il est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés.

- **Le secteur privé, associatif et confessionnel**

Le sous-secteur privé comprend d'une part les structures médicales et d'autre part les structures pharmaceutiques. Dans la typologie du sous-secteur médical, on distingue le cabinet de soins infirmiers ou de sage-femme, le cabinet de consultations médicales et la clinique.

Les structures pharmaceutiques et biomédicales sont composées des points de vente, des officines privées, des sociétés grossistes et des laboratoires d'analyses biomédicales.

La politique nationale de santé réaffirme la nécessité d'asseoir de façon durable les bases juridiques du fonctionnement du système de santé en créant les conditions d'une complémentarité entre le privé et le public. Le secteur privé, associatif et confessionnel représente une partie très importante de l'offre de soins particulièrement dans les villes. Son implication sera fortement recherchée dans le but d'atteindre la couverture universelle notamment en ce qui concerne la prise en charge des cas de paludisme et la prévention du paludisme chez la femme enceinte et chez l'enfant.

Le partenariat entre privé et public sera recherché à travers l'application de l'approche contractuelle dans la réalisation des activités de lutte et l'encouragement de l'implantation des structures privées, associatives et confessionnelles de manière à accroitre l'accessibilité aux soins et à éviter les concentrations zonales et leur l'implication dans les interventions de renforcement de capacités (formation, équipement, approvisionnement, supervision,…).

Les entreprises privées nationales (sociétés minières, de téléphonie,…) seront également sollicitées dans financement du plan stratégique

Le secteur informel (vente illicite de médicaments, cliniques clandestines, prestataires clandestins ambulants etc.) se développe rapidement et de façon incontrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponibles les services de santé, l'on ignore tout des tarifs appliqués et, surtout, de la qualité de ces services. Il met en péril la viabilité des structures officielles

1.6.3. Système national d'approvisionnement et de gestion des produits pharmaceutiques et autres intrants

La direction Nationale de la Pharmacie et Laboratoire (DNPL) est l'organe de réglementation du secteur pharmaceutique, elle conçoit, suit et évalue la politique pharmaceutique du pays. Des documents de politique et des directives ont été élaboré à cet effet : Politique pharmaceutique nationale, Formulaire national du médicament, Normes et procédures de gestion des produits Santé de la Reproduction (SR), Manuel, protocole et directives de prise en charge des cas de paludisme.

Tous les médicaments utilisés en Guinée doivent avoir reçu au préalable une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) délivrée par la Direction de la Pharmacie Nationale et du Laboratoire (DNPL).

Il existe une Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) présentés en Dénomination Commune Internationale(DCI), y compris les antipaludiques, adoptés en 1988 conformément aux recommandations de l'OMS, dont la dernière révision date de 2011.

La Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) est l'agence nationale chargée des approvisionnements pour des programmes, y compris le PNLP. A ce titre, elle dispose d'un manuel de procédures interne qu'elle utilise pour réaliser les achats des médicaments, équipements médicaux et autres.

Les Programmes et services de Santé font l'estimation des besoins et fournit les spécifications techniques des produits à la PCG qui utilise le cahier de charge pour lancer ses procédures d'achat. Ce cahier comprend une partie administrative, une partie financière et une partie technique.

Quantification : Il n'existe pas de logiciel de quantification des besoins propre aux Programme. Les méthodes de quantification utilisées varient selon le niveau de la pyramide sanitaire. Au niveau national, la quantification est basée sur les données épidémiologiques. Par contre, le niveau périphérique utilise les données de consommation moyenne mensuelle pour exprimer les besoins. Le système d'information relatif aux données de consommation des produits n'est pas très fonctionnel. Du niveau périphérique vers le niveau central (PNLP), on assiste à une déperdition de données (niveau de consommation et niveau de stock), qui réduit la fiabilité de l'estimation des besoins.

Approvisionnement, stockage et distribution : L'approvisionnement en médicaments et autres intrants est assuré par les différents partenaires intervenant dans la lutte contre le paludisme en

Guinée à travers le PEV/SSP/ME et la PCG. Les activités sont exécutées sur la base des plans de Gestion des Achats et des Stocks des projets et programmes.

En 2008, dans le cadre de la mise en œuvre du Plan GAS de la subvention R6 des Programmes Paludisme et VIH/Sida, le FM a appuyé un plan de renforcement des capacités institutionnelles et de gestion de la PCG. Ce renforcement a permis à la PCG de gérer les approvisionnements financés par plusieurs partenaires (FM, BM, UNITAID, PMI, UNFPA…)

La PCG assure la livraison des produits jusqu'aux dépôts régionaux. Le relais vers les districts sanitaires est assuré par les Directions préfectorales de la santé (DPS). Cependant, les véhicules de ces DPS sont pour la plus part vétustes et ne favorisent pas la livraison rapide et régulière des produits.

La PCG dispose d'une surface de stockage de 4 455 m2 dont 3 815 m² à Conakry. Il n'y a pas de besoin en espace de stockage supplémentaire dans l'immédiat pour les médicaments, l'espace existant étant lui-même sous utilisé. Pour le stockage des produits médicaux, les hôpitaux, centres de santé et postes de santé disposent le plus souvent d'un local réservé à cet effetPar contre, pour le stockage des gros volumes (MILDA), l'espace de stockage n'est pas suffisant, des magasins privés ont loués pour la circonstance.

Au niveau village, certains partenaires fournissent des sacs aux agents communautaires pour le stockage des produits médicaux.

Gestion des stocks : La Pharmacie centrale utilise un logiciel de Gestion des Stocks dénommé Sage Saari100. Ce logiciel permet une gestion du Lot, des quantités, des destinataires des produits, des clients, des fournisseurs. Des rapports sont produits tel qu'un état des stocks pour la conduite des inventaires mensuels et les retraits des lots en cas de nécessité.

Le système d'approvisionnement du niveau régional tient compte du plan de distribution des Programmes en vigueur et celui du niveau périphérique est basé sur les consommations moyennes mensuelles. Le logiciel CHANEL a été introduit au niveau régional pour la gestion informatisé des stocks.

Pendant les périodes de rupture, certaines structures sanitaires s'approvisionnent auprès des grossistes répartiteurs agrées. Ce système complémentaire fait ressortir l'insuffisance de mise en œuvre de la logistique intégrée et une absence de plateforme de communication entre les parties prenantes.

En ce qui concerne les approvisionnements d'urgence effectués pour parer aux ruptures de stock, un cahier de charge allégé est disponible au niveau central avec un fichier de fournisseurs présélectionnés. Cette procédure permet de raccourcir les étapes du processus d'approvisionnement.

Dans le cadre du renforcement des capacités institutionnelles, la centrale d'achat a bénéficié de l'assistance de certains partenaires dont le Fonds mondial, l'UNFPA et l'Union Européenne. Cette assistance a consisté en l'acquisition de véhicules de supervision et d'approvisionnement,

de groupe électrogène, d'une chambre froide d'une capacité de 40m3 et d'un appui technique sur la quantification des besoins et les procédures d'achats. Cependant, des efforts restent à fournir dans le domaine de l'amélioration de l'infrastructure et les conditions de stockage ainsi que la formation continue du personnel.

Contrôle de qualité : Le contrôle de qualité des médicaments relève de la compétence du Laboratoire National du Contrôle de Qualité des Médicaments. Ce laboratoire du stade 1, ne peut pas satisfaire à toutes les exigences de suivi et de maintien de la qualité. C'est pourquoi la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) a été amenée à s'adresser à un laboratoire certifié OMS (CHMP :Humanitaire Médico - Pharmaceutique de Clermont Ferrand, France) pour la réalisation de cette activité.

Pour le contrôle qualité des lots utilisés lors de la livraison de produits de lutte contre le paludisme, des prélèvements sont effectués pour chaque lot livré (Norme de la CHMP) et il est établi une fiche de demande de contrôle de qualité (Modèle CHMP). Les échantillons sont ainsi expédiés au laboratoire Humanitaire Médico-Pharmaceutique (CHMP) de Clermont Ferrand France pour analyse. Le résultat de chaque lot est classé au niveau de la PCG et une décision est prise en fonction des normes et procédures prévues.

A cause du manque de kits de contrôle et de personnel compétent, le contrôle de qualité local au niveau de toute la chaine d'approvisionnement jusqu'aux points de dispensation n'est pas effectué.

1.6.3.1. Ressources humaines pour la santé

Les capacités de production des ressources humaines pour la santé ont considérablement augmenté au cours de ces dernières années. En effet, les institutions de formation publiques et privées ont mis sur le marché une quantité importante de professionnels de santé. Par contre, il reste beaucoup à faire au niveau du recrutement, de la répartition, de la gestion des carrières et de l'amélioration de la performance de ces ressources humaines.

Tableau II : Répartition des ressources humaines du MSHP par catégorie professionnelle selon les régions en 2011.

Type de personnel	Boké	Conakry	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	NZérékoré	MSP	TOTAL
Médecin	70	371	52	67	118	66	43	84	69	940
Dentiste	0	8	1	1	2	2	1	1	1	17
Biologiste	0	18	4	5	15	3	6	12	15	78
Pharmacien	14	48	11	13	21	14	13	20	23	177
Sage femme	14	265	19	13	36	10	12	30	2	401
Aide de santé	74	467	73	66	86	50	38	147	8	1009
Technicien Santé Publique	4	11	0	11	17	1	6	17	0	67
Technicien de laboratoire	9	63	16	7	28	8	19	17	0	167
Préparateur en pharmacie	0	4	3	1	5	1	2	1	5	22
Technicien en radiologie	0	5	0	0	1	0	1	0	0	7
Agent Technique de Santé	229	491	273	517	383	281	215	473	23	2885
Technicien odontologie	0	8	0	1	1	1	1	1	3	16
Sous total	**414**	**1759**	**452**	**702**	**713**	**437**	**357**	**803**	**149**	**5786**

Source : Annuaire statistique 2011 MSHP

L'analyse de ce tableau fait apparaitre une insuffisance notable en personnel dans toutes les catégories professionnelles : 1 médecin pour 11 563 habitants, une sage femme pour 27 105 habitants, un dentiste pour 639 353 habitants.

Du point de la répartition on note des disparités importantes entre la capitale et l'intérieur du Pays. En effet plus de 30% du personnel travaille dans la capitale Conakry qui ne représente que 15 % de la population du pays. En considérant les catégories professionnelles les disparités sont encore plus criardes : 40% des médecins, 66% des Sages Femmes, 71% des techniciens de radiologies, 47%des dentistes et 46 % des aides de santé (infirmiers d'état) y travaillent.

De même, à l'intérieur du pays, le nombre d'agents de santé est plus important au niveau des grandes agglomérations (chefs lieux des régions et préfectures) au détriment des zones rurales où on rencontre très souvent des infrastructures sanitaires non dotés en personnel.

C'est pour toutes ces raisons que le développement des ressources est l'un des axes stratégiques prioritaires du PNDS. L'objectif est de rendre disponible un personnel compétent, motivé, suffisant et responsable dans toutes les structures de santé du pays. La coordination de la formation initiale, le développement d'un programme de formation continue répondant aux exigences d'un plan de carrière, la mise en place d'un système de motivation et une gestion courante orientée vers les objectifs du système et le plan de carrière y contribueront.

La priorité en matière de recrutement doit être accordée à la dotation des structures périphériques en vue de mettre en œuvre les paquets minimums d'activité définis.

Pour combler le déficit numérique actuel de certaines catégories professionnelles (sages-femmes, techniciens de laboratoire et de radio, etc.) non disponibles dans le marché, des ATS et infirmiers seront réorientés et formés dans ce sens. La formation initiale de ces catégories sera une priorité pour garantir leur disponibilité.

Il s'agit aussi de mettre en place un système de motivation basé sur le niveau de satisfaction des usagers, les performances et les résultats financiers de chaque structure.

1.6.3.2. Système national de suivi/évaluation et de Recherche en Système de Santé

Le système de suivi/évaluation est alimenté par les sous-systèmes du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et les études et recherches. Il s'agit notamment :

- **Le sous-système rapport de routine des services de santé,** logé au Bureau de Stratégie et Développement du MSHP, collecte les données de morbidité, de mortalité et de prestations de services.
- **Le sous-système d'information pour la surveillance épidémiologique** : il est basé sur l'identification et la notification des maladies sous surveillance et la riposte y compris le paludisme. Il est sous la responsabilité de la section urgence et catastrophe de la division Prévention et Lutte contre la Maladie.
- **Le sous-système d'information pour l'administration et la gestion des ressources**. Ce sous-système administratif (personnel, équipement, médicament, infrastructure, maintenance) est sous la responsabilité de la Direction de l'administration et des finances (DAF), Division des ressources humaines (DRH), de la Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire, de la section Infrastructure, équipement et maintenance
- **Le sous-système d'information pour la gestion des programmes de santé :** il s'agit d'un système propre aux programmes (Paludisme, Tuberculose, Lèpre, Sida, etc.). Il collecte des données de routine et de monitoring à travers notamment ***les sites sentinelles de surveillance*** *qui* permettent d'obtenir de façon continue les données sur la mortalité et la morbidité dues aux maladies, les activités de laboratoire, l'entomologie et l'efficacité thérapeutique des médicaments. Il s'agit de données complémentaires qui ne sont pas

prises en compte par le SNIS actuellement. Il est placé sous la responsabilité des coordinations des programmes nationaux

- ***les études et recherches :*** qui permettent de documenter davantage certains aspects spécifiques en rapport avec la prévention ou la prise en charge de la maladie. Elles sont réalisées à différents niveaux : Programmes, Institutions de Recherches, Universités, ONGs, Partenaires bi et multilatéraux.

1.6.3.3. Financement de la santé

La santé fait partie des secteurs prioritaires dans le développement socioéconomique du pays. Chaque année, le Ministère de la Santé à l'instar des autres départements, prépare et défend son projet de budget sur la base du cadrage budgétaire élaboré par le Ministère des finances. Ce document intègre tous les projets et programmes. L'Etat intervient dans le financement des salaires du personnel, une partie des dépenses d'investissement en infrastructures, équipements, formation initiale et des dépenses de fonctionnement non salariales par l'achat de médicaments, de vaccins, l'octroi de subventions aux structures de soins et aux projets et programmes de santé dont le PNLP.

La part du financement public en santé (Ministère de la Santé seul) dans les dépenses publiques se situe à un niveau très faible (moins de 3% du BND). Selon l'annuaire statistique 2011, les crédits alloués sont passés de 13 926 369 USD (2,25% du BND) en 2008 à 33 106 880 USD (2,53 %) en 2011. Quant aux réalisations, elles sont passées de 10 884 981 en 2008 à 14 521 208 en 2011 soit respectivement 2,5% et 1,7 % des dépenses de l'Etat.

Tableau III : Evolution du Budget de l'Etat et du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en USD

Année	Crédit	Payé	Taux de décaissement
BUDGET DE L'ETAT			
2008	618 335 655	470 244 514	76, %
2009	889 023 937	639 948 121	72%
2010	1 283 279 187	1 001 469 387	78%
2011	1 306 979 927	855 416 998	65%
Budget du Ministère de la santé et de l'Hygiène publique			
2008	13 926 369	10 884 981	78,%
2009	12 513 440	9 494 604	79%
2010	19 970 075	16 678 718	84%
2011	33 106 880	14 521 208	44%
Part du budget du Ministère de la santé et de l'hygiène publique dans le budget de l'Etat			
2008	2,25%	2,30%	
2009	1,41%	1,50%	
2010	1,56%	1,70%	
2011	2,53%	1,70%	

Le secteur privé et les ONG financent le secteur de la santé par leurs ressources propres et celles qu'ils mobilisent. Ces fonds sont utilisés selon les procédures propres à chaque bailleur. Il s'agit par exemple des sociétés minières qui contribuent directement dans la fourniture des moustiquaires aux populations de leurs zones d'exploitation.

1.6.3.4. Partenariat pour la santé

Dans le cadre du développement du partenariat il existe au sein du MSHP un Conseiller chargé de missions et de coopération dont le rôle consiste à promouvoir le partenariat dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Les principaux partenaires impliqués dans la mise en œuvre des programmes de santé en Guinée sont :

- ***Les Communautés** : les ménages, les organisations à base communautaire (OCB), les organisations de ressortissants et les leaders communautaires*
- *Le Gouvernement à travers le BND*
- *Les ONGs :*
  - **Les ONG internationales** : RTI, CRS, PSI, Child Fund, HKI, Plan International Guinée, MSF/Suisse;
  - **Les ONG Nationales** : Réseau National des ONGs de Santé ;

- ***Le Secteur privé :*** *Sociétés minières (BHP-Billiton, ALCOA, GAC, Rio Tinto, VALE, SAG), sociétés de téléphonie, Banques et Assurances, Commerces…..*
- ***Les organisations multilatérales*** : OMS, UNICEF, BM, BAD, OMVS, BID, GFATM, RBM/WARN….

- ***La coopération bilatérale :*** USAID/PMI, Coopération Chinoise, JICA, Coopération Française, GIZ allemand…

1.6.4. Système de santé privé

La libéralisation de l'exercice des professions médicales et paramédicales a contribué à un développement rapide du secteur privé (cabinet de consultation, cliniques et polycliniques, centres de santé confessionnels et associatifs, officines et dépôts pharmaceutiques etc…). C'est ainsi que le nombre d'établissements de soins privés a fortement augmenté au cours des trois dernières décennies
Selon l'annuaire statistique 2011 on compte 309 structures privées dont cinquante-trois pour cent (53%) sont situées à Conakry. Elles se répartissent comme suit :

- Cliniques médico-chirurgicales : 33
- Poly cliniques : 11
- Cabinets de consultation soins : 228
- Cabinets dentaires : 17
- Cabinets sages- femmes : 16
- Laboratoire : 1
- Radiologies : 3

En ce qui concerne le secteur biopharmaceutique on compte 284 offices, 39 points de ventes, 5 laboratoires analyses biomédicales et 16 Agence de promotion médicale.

Conakry totalise 73% de ces structures dont 78 % des officines et 100% des laboratoires d'analyse biomédicale.

Malgré son développement et sa contribution appréciable à l'augmentation de l'offre de soins, surtout dans les grandes villes, le secteur privé suit une évolution plus ou moins anarchique et ses données sont très peu prises en compte par le système d'information sanitaire.

Par ailleurs, on note une insuffisance de la règlementation du secteur privé et une faible collaboration avec le secteur public.

Le secteur privé confessionnel et associatif contribue également à l'offre de soins surtout au niveau primaire. Mais l'absence d'une politique de contractualisation, l'insuffisance organisationnelle et les ressources limitées des ONG constituent une entrave à l'expansion de ce secteur.

1.6.5. Système communautaire pour la santé

La planification sectorielle de la santé tient compte des ressources mobilisées auprès de tous les intervenants : Etat, Privés, ONG, Bailleurs de fonds, et les populations bénéficiaires. L'atteinte de la couverture universelle des soins et services de qualité exige la mise en œuvre de stratégies efficaces de mobilisation de la communauté en faveur de la santé.

Pour ce faire, le pays a adopté une politique nationale de santé communautaire dont le but est de contribuer au développement socio-sanitaire du pays pour l'amélioration de l'état de santé de la communauté.

Les objectifs de cette politique sont :

- Responsabiliser la communauté sur les actions socio-sanitaires de développement de sa localité
- Optimiser l'utilisation des prestations prioritaires de santé au niveau de la communauté en faveur des activités promotionnelles, préventives, curatives et de réadaptation.
- Définir et mettre en place un système pérenne de motivation des agents communautaire ;
- Définir un cadre réglementaire de mise en œuvre des interventions sanitaires au niveau de la communauté
- Promouvoir les comportements clés favorables à la santé de la population en général, et pour la survie de la mère et de l'enfant en particulier.
- Améliorer la surveillance épidémiologique des maladies sous surveillance communautaire.
- Améliorer l'accessibilité géographique et financière des soins et services de qualité aux communautés
- Développer la recherche opérationnelle et les bonnes pratiques.

Les grandes orientations stratégiques concernent des volets relatifs :

(i) à la responsabilisation de la communauté sur les actions socio-sanitaires de développement de sa localité et la promotion des comportements clés favorables à la santé de la population en général, et pour la survie de la mère et de l'enfant en particulier

(ii) à l'utilisation optimale des prestations prioritaires de santé au niveau de la communauté et l'amélioration de la surveillance épidémiologique des maladies sous surveillance communautaire

(iii) à l'Harmonisation des interventions sanitaires au niveau de la communauté

(iv) à la mise en place d'un système pérenne de motivation des agents communautaire

(v) au développement de la recherche opérationnelle et des bonnes pratiques.

1.6.6. Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle en Guinée constitue une branche non négligeable de la santé qui attire une majorité de la population pour les soins. Elle constitue un premier recours pour la plupart des catégories socioculturelles du pays. La médecine et la pharmacopée traditionnelles restent très peu organisées en guinée. Le nombre des tradithérapeutes augmente de façon continue et les chiffres disponibles ne sont pas fiables. Pour améliorer cette situation, le Ministère a mis en place une division médecine traditionnelle pour organiser et coordonner leurs interventions. Plusieurs démarches scientifiques sont encours pour l'introduction progressive des acquis de la médecine et la pharmacopée traditionnelle dans le système de santé. Ce secteur mérite une plus grande attention pour un meilleur développement de ses potentialités.

1.6.7. Performance du système de santé

Principaux constats *: Il existe une forte volonté politique d'engager des réformes dans le secteur de la santé. Cependant, le contexte apparait peu favorable à la sauvegarde et à la promotion d'un meilleur état de santé des populations : 1) le niveau de croissance de la population reste élevé (3.1%) et en décalage avec la croissance économique ; 2) la faiblesse des revenus des populations avec une tendance à l'aggravation ; 3) un cadre de vie peu propice notamment en zones urbaines caractérisées par une grande promiscuité et un faible niveau d'assainissement et d'hygiène ; 4) le niveau d'alphabétisation encore faible et 5) une faiblesse de l'offre de soins au niveau de l'ensemble de la population (inégalité dans la répartition, faible qualité ..).*

Gouvernance et du leadership : les atouts relevés sont entre autres l'existence d'un cadre institutionnel et organisationnel du MSHP avec un manuel de procédures qui précise les attributions des différents acteurs ; le contexte de décentralisation qui offre des opportunités pour un renforcement de la participation communautaire ;un arsenal juridique et réglementaire notamment dans le domaine du médicament et des initiatives de collaboration intersectorielle. Les principales insuffisances relevées sont 1) l'inadéquation du cadre institutionnel et organisationnel actuel avec les défis du secteur de la santé (financement, gestion des ressources humaines etc.) ; 2) les faibles capacités opérationnelles (insuffisance de ressources humaines, insuffisance d'équipements etc. des structures de régulation, de conception et d'appui technique 3) la faible application des textes juridiques et réglementaires et enfin 4) le partenariat public privé presque inexistant.

Prestations de services : Le dispositif conceptuel d'offre de soins basé sur le système de santé de district offre une opportunité pour un renforcement de l'accès à des soins de qualité à la majorité de la population (continuité, globalité et intégration des soins); les normes de prestation sont définies dans de nombreux programmes destinés à la lutte contre la maladie et à la promotion de la santé. Les principales insuffisances dans les prestations sont (i) l'insuffisance globale de l'offre de soins aussi bien en quantité qu'en qualité, (ii) l'inégale répartition entre zones urbaines et zones rurales, (iii) la faible accessibilité aux soins pour la majorité de la population en raison du contexte de pauvreté, du contexte physique, du faible niveau de développement des infrastructures routières et des moyens de communication

Ressources humaines en santé : De manière générale les ressources humaines dans le secteur de la santé restent caractérisées par (i) une insuffisance globale du personnel par rapport aux normes d'effectif minimum défini par niveau dans le document du PNDS et dans la carte sanitaire. Cette insuffisance est marquée surtout pour certaines catégories dont la présence contribuerait grandement à la qualification des soins ; (ii) mauvaise répartition du personnel et (iii) l'inadéquation entre la formation initiale et les besoins du système de santé.

Technologie et produits médicaux : Il existe dans le secteur des appuis institutionnels et un arsenal juridique et réglementaire complet et tenu à jour (à l'exception des arrêtés d'application). Il existe un potentiel en approvisionnement à travers quelques grossistes répartiteurs qui participent activement à une mission de santé publique en approvisionnant en médicaments essentiels le secteur privé et le secteur public. La structure centrale d'approvisionnement, la PCG, connait une dynamique nouvelle et enfin, un réseau national de laboratoires a été mis en place dans le domaine des épidémies de choléra et de méningite (REGUILAB). Les principales insuffisances observées sont (i) plusieurs décrets et arrêtés d'application ne sont pas signés ; (ii) l'Inspection Générale de la santé est démunie de moyens opérationnels ; (iii) un certain nombre de pratiques illicites sont récurrentes dans le domaine des approvisionnements ; (iv) certaines contraintes liées au statut de la PCG ne lui permettent pas d'être autonome et compétitive.

Système d'information sanitaire et la recherche : Le potentiel du SIS réside dans l'existence des outils de gestion, particulièrement au niveau du monitorage des activités inscrites dans les PAO des préfectures de santé, la tenue régulière de Comité Technique Préfectoral de la Santé (CTPS) ainsi que des CTRS de même que les revues annuelles du PEV/SSP. Le SIS et la recherche restent confrontés : (i) à une faible promptitude dans la transmission des données ; (ii) à une faible production des synthèses à tous les niveaux en dehors de la direction des établissements de soins pour les données hospitalières; (iii) à une insuffisance de rétro information. Cette situation est liée essentiellement à la faible capacité opérationnelle des structures en charge du système d'information sanitaire et de la recherche. On note par ailleurs que le SIS est fragmenté en raison des nombreux sous-systèmes.

Financement de la santé : Le contexte de financement de la santé est celui de la promotion du recouvrement des coûts avec l'implication des communautés et des collectivités décentralisées qui ont bénéficié de renforcement de capacité en gestion. Cela offre en principe des opportunités d'autofinancement des structures de soins. Cependant, le financement reste caractérisé essentiellement par : (i) la faible contribution des ressources publiques dans les dépenses totales de santé ; et (ii) l'inefficience des dépenses de santé par une tarification non maitrisée des prestations et des produits de santé qui sont les dépenses essentielles de santé des ménages.

1.6.8. Contribution du système de santé à la lutte *contre le paludisme*

Le renforcement des capacités du PNLP en terme de ressources humaines et logistiques, a permis une meilleure coordination des activités de lutte contre le paludisme au niveau du secteur public, privé et communautaire.

Au niveau central, la mise en place d'un cadre de concertation à travers le comité RBM a permis le renforcement de la participation des partenaires à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme.

Au niveaux intermédiaire et opérationnel, la contribution des autorités sanitaires (DPS, DRS, CCS), des communautés (ASC, ONGs/OBCs, Comités de Santé) et des structures de santé (CS, Hôpitaux, privés, confessionels, associatifs) dans la mise en œuvre et le suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme est un atout majeur dans l'amélioration de la performance du Programme.

L'état, les partenaires et les communautés bénéficiaires contribuent à la lutte contre la maladie à travers la construction des infrastructures, l'approvisionnement en intrants, la fourniture du personnel, le renforcement de capacités (ressources humaines, logistiques, matériels et équipements de laboratoire)…

En tant que composante essentielle du système de Santé, le secteur privé joue un rôle important dans l'amélioration de l'offre de soins notamment la prise en charge des cas de paludisme.

Dans l'optique de la couverture universelle en interventions efficaces de lutte contre le paludisme, le système communautaire joue un rôle important. Grâce au réseau d'ASCs et d'OBCs formés avec l'appui des partenaires (PMI, FM, Plan Guinée,…) il assure la mise en œuvre de la prise en charge à domicile du paludisme (PCADOM) et la vulgarisation des mesures de préventions à travers l'IEC/CCC et la mobilisation sociale.

Tableau IV : Contribution du système de santé à la lutte contre le paludisme

Déterminants de la performance du système de santé	Actions requises pour renforcer la lutte contre le paludisme
Leadership et gouvernance	Volonté politique renouvelée à soutenir la lutte contre le paludisme
	Gestion appropriée des ressources humaines, matérielles et financières du secteur de la santé
Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé	Mise à disposition de ressources financières nécessaires mobilisées à partir du budget national et auprès des partenaires financiers (externes et internes)
Développement des ressources humaines	Agents de santé en nombre suffisant ayant bénéficié de formation ou de mise à niveau adéquate et couvrant tout le pays pour mettre en œuvre des interventions de meilleure qualité
	Agents de santé respectant les directives de confirmation biologique des cas de paludisme dans un contexte de gratuité

Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé	Mise en place d'une stratégie efficace d'approvisionnement en intrants de lutte contre le paludisme pour assurer un accès équitable à toute la population à risque
Amélioration des prestations de services	Mise en œuvre de paquets d'interventions contre le paludisme efficaces et accessibles à ceux qui en ont besoin, quand et où ils en ont besoin grâce à des installations sanitaires et des structures à base communautaire
Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire	Production, analyse, diffusion et utilisation des informations fiables en temps opportun. Elles comprennent les cas de paludisme confirmés et les décès.

1. 2. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

2.1. Profil épidémiologique du paludisme

Le paludisme sévit en Guinée à l'état d'endémie stable à recrudescence saisonnière longue (6 à 8 mois : mai à décembre) dans l'ensemble des régions et districts sanitaires du pays.

2.1.1. Parasites responsables du paludisme

En Guinée le *plasmodium falciparum* est responsable de 92% (EDS-IV/MICS 2012) des cas de paludisme. Les autres plasmodiums rencontrés sont *P. Malariae* et *P. Ovale.*

2.1.2. Vecteurs du paludisme.

Très peu d'études récentes ont été réalisées sur les vecteurs en Guinée. Les moustiques anophèles sont présents partout dans les villages notamment les deux principaux vecteurs *A. gambiaes.i.* et *A funestus* respectivement 31 ,8% et 8,7% de l'ensemble des moustiques capturés (contribution des moustiques *dipteraculicidae* de la Guinée faune et distribution MC Baldé et al IRD kindia).

2.1.3. Population à risque

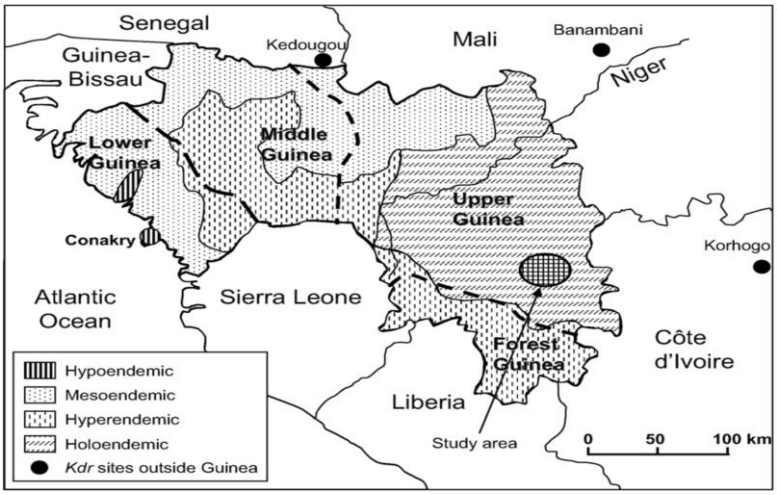
En Guinée toute la population est exposée au risque de paludisme, ce risque est beaucoup plus élevé chez les enfants âgés de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes.

2.1.4. Dynamique de la transmission du Paludisme et niveau d'endémicité

La Guinée se situe dans une zone de haute transmission avec une incidence globale variant de 87 pour 1000 en 2006 à 101 pour 1000 en 2010.

Selon une étude réalisée par P. Carnevale et al en 2010, on décrit 4 zones de niveaux d'endémicité différents (voir carte ci-dessous) :

- Une zone hypo endémique située en Basse Guinée, constituée de deux foyers sur la façade atlantique (les villes de Conakry et Kamsar). Le vecteur prédominant est *Anopheles melas*.
- Une zone méso endémique, qui concerne la partie nord frontalière du Sénégal et du Guinée, à pluviométrie faible où le vecteur majeur est A. funestus, et la façade atlantique à



Carte de la République de Guinée avec ses quatre régions naturelles : Basse Guinée, Moyenne Guinée, Haute Guinée et Guinée Forestière (les lignes en forme de tirets

pluviométrie élevée où domine *A. melas*.

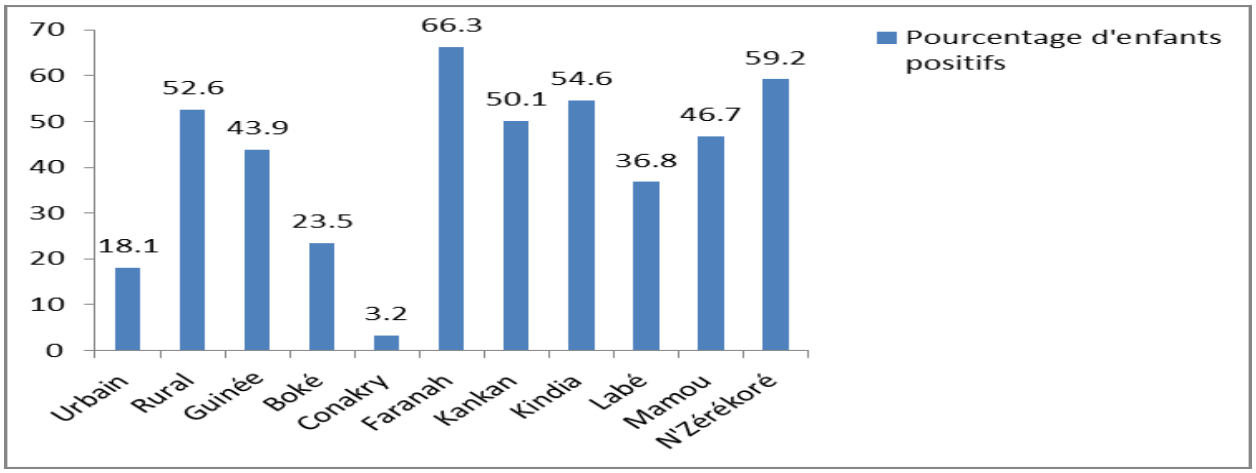
- Une zone hyper endémique qui s'étend du sud est de la basse Guinée à la forêt tropicale guinéenne (Frontière du Liberia et de la Côte d'Ivoire).Il s'agit d'une zone de forte pluviométrie (6 à 10 mois de pluie). Le vecteur dominant est *A. gambiaess.*
- Une zone holoendémique située en Haute Guinée, zone de savane et de plaine fortement irriguée à pluviométrie moyenne. Les vecteurs dominants sont *A. funestus et A. arabiensis.*

Figure N°2 : Niveaux d'endémicité et faciès épidémiologiques

2.1.5. Morbidité et mortalité

L’EDSIV-MICS 2012 a montré que la prévalence parasitaire globale du paludisme est de 44 % avec toutefois de fortes variations selon le lieu de résidence (53 % en milieu rural contre 18 % en milieu urbain).

Figure 3: Prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois.



Incidence

Selon l'EDS-IV MICS 2012 dans l'ensemble, 29 % des enfants de moins de 5 ans ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête.

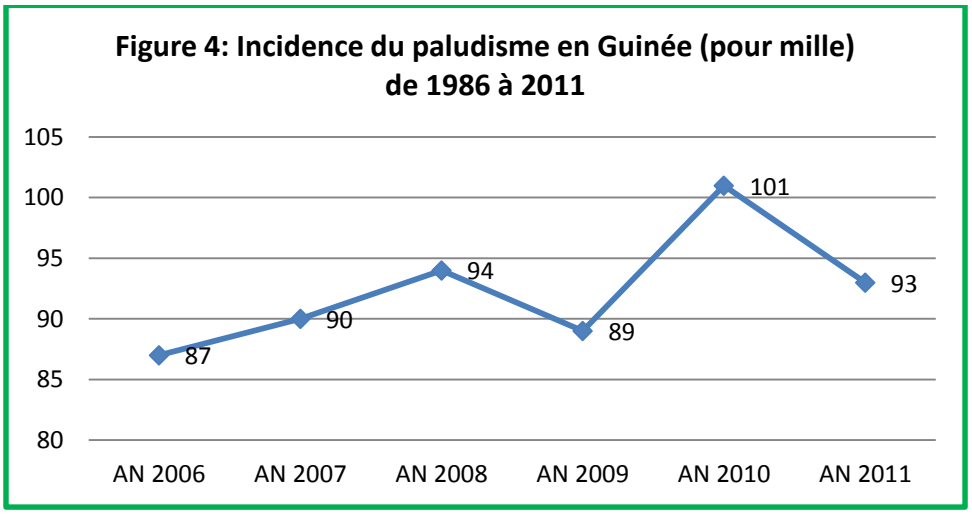
Les données agrégées par le Service National d'Information Sanitaire et de Gestion (SNISG) sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau V : Evolution de la situation du paludisme en Guinée de 2006-2011

Année	Population	Total affections toutes causes	Paludisme	Incidence pour mille	Part du paludisme dans la morbidité générale (%)
AN 2006	9 579 589	1 718 584	834 835	87	49%
AN 2007	9 876 652	1 661 345	888 643	90	53%
AN 2008	10 182 926	1 620 543	954 146	94	59%
AN 2009	10 498 698	1 837 412	934 013	89	51%
AN 2010	10 824 262	1 925 356	1 092 554	101	57%
AN 2011	11 159 814	3 044 388	1 034 224	93	34%

L'analyse de ces données permet d'affirmer que pour toutes les tranches d'âges confondus, le paludisme représente la première cause de consultation dans les formations santaires publiques. La part de la maladie varie de 34 % en 2011 à 59% en 2008.

L'incidence hospitalière annuelle varie de 87 pour mille en 2007 à 101 pour mille en 2011.



L'augmentation apparente des cas en 2010 et 2011 pouraient s'expliquer par l'amélioration de la disponibilité des antipaludiques efficaces dans les formations sanitaires.

La répartition par âge, présentée dans le tableau N°…, montre que la maladie touche toutes les tranches d'âge. Les enfants de moins de 5 ans représentent environ le tiers (32 à 34 %) de l'ensemble des cas enregistrés.

Tableau VI : Repartition des cas de paludisme par tranche d'age de 2008 à 2011

Années	Tranche d'âge								Total
	0-11 mois		1- 4 ans		5- 14 ans		15 ans +		
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	
2008	88855	9%	218777	23%	175001	18%	471513	49%	954 146
2009	90 561	10%	213 839	23%	161 384	17%	468 229	50%	934 013
2010	112 432	10%	270 712	24%	197811	18%	534038	48%	1 114 993
2011	104 514	10%	248 531	24%	185 382	18%	495 797	48%	1 034 224

En ce qui concerne la femme enceinte, ce n'est qu'en 2009 que le SNIS a commencé à désagréger les données de façon à prendre cette cible en compte dans la collecte des données sur les cas de paludisme. Le nombre de cas notifiés est de 29 623 en 2009 et 33229 en 2010.

Anémie

L'EDS IV-MICS 2012 a montré q'au niveau national, 77 % des enfants de moins de 6-59 mois sont anémiés : 24 % souffrent d'anémie légère, 45 % souffrent d'anémie modérée, et 8 % d'anémie sévère. Les enfants des zones rurales (79 %) sont plus fréquemment atteints d'anémie que ceux des zones urbaines (69 %). De plus, la prévalence de l'anémie sévère dans les zones rurales (9 %) est nettement plus élevée que celle observée dans les zones urbaines (3 %). C'est dans la région de Faranah (17 %) que la prévalence de l'anémie sévère est la plus élevée.

En général, les femmes sont moins touchées par l'anémie que les enfants. Au niveau national, 49 % des femmes souffrent d'anémie : 36 % souffrent d'anémie légère, 13 % d'anémie modérée et moins de 1 % d'anémie sévère. Les femmes des zones rurales (52 %) souffrent un peu plus d'anémie que celles des zones urbaines (44 %).

Mortalité

On note une sous notification des décès dans les formations sanitaires. Le peu de données recoltées ne sont pas fiables (Exemple : notifcation de décès dus au paludisme simple). Par conséquent l'analyse de la mortalité due au paludisme est difficile avec des risques élevés de tirer des conclusion erronées.

Toutefois, selon les données du SNISG de 2009 à 2011 les structures de santé ont enregistres un total 530 décès dus au paludisme.

2.1.6. *Stratification et cartographie*

Les prévalences du paludisme par région (graphique N°…) corroborent la stratification présentée dans la Figure N° xxx ci-dessus relative aux niveaux d'endémicité:

- Prévalence très élevées dans les zones holo et hyper endémiques (Faranah Nzérékoré, Kankan, Kindia, Mamou),
- Prévalence moyenne dans les zones méso endémique (Labé, Boké):
- Prévalence faible dans les zones hypo endémique (Conakry).

Tableau xxx : Stratification du paludisme en Guinée

Strates/ Régions	Caractéristiques principales et niveau de transmission	Prévalence parasitaire (EDSM-V 2012)	Taux d'incidence pour 1000 annuelle du paludisme simple (SLIS 2011)	Taux d'incidence pour 1000 annuelle du paludisme grave (SLIS 2012)	Nom de régions	Taille de la population (2012)
Strate 1	Haute transmission (PP> 50%)	50,1 à 66 %			4	6 045 211
Faranah,			**103**	21		
Nzérékoré			**69**	6		
Kankan			**57**	14		
Kindia			**85**	13		
Strate 2	Transmission modérée (PP 10-50%)	23- 47 %			3	3 348 488
Boké			103	18		
Mamou			89	10		
Labé			66	15		
Strate 3 Conakry	Transmission Faible (PP<10%)	3%	95	7	1	1 677 251

2.2. Performance du Programme de lutte contre le Paludisme

2.2.1. Historique de la lutte contre le paludisme

Plusieurs évènements ont marqué la lutte contre le paludisme en Guinée :

- 1970 : Elaboration d'un document de politique de lutte contre le paludisme orienté vers le mouvement mondial d'éradication du paludisme qui s'articulait sur l'administration de la chloroquine et la pulvérisation intra domiciliaire. Plus tard, c'est la création d'un projet de lutte contre le paludisme et la mise en place d'un laboratoire central dont la fonction essentielle était de former les techniciens de laboratoire et les entomologistes.
- 1975 : mise en place des zones d'application dans les localités de Bentourayah et de Béréiré dans les districts sanitaires de Coyah et de Forécariah.
- 1987 : création et mise en œuvre d'un projet intégré de lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance, CCCD (maladies évitables par la vaccination, diarrhée et paludisme) dans les districts sanitaires de Conakry, Kindia et Télimélé
- 1987 : Lancement du PEV/SSP/ME dans 25 Centres de Santé dont les interventions essentielles de lutte contre le paludisme consistaient à la prise en charge des cas, la prophylaxie à la chloroquine chez la femme enceinte et l'assainissement.

- 2001 : Elaboration de la politique nationale de lutte contre le paludisme suite aux recommandations du Sommet d'Abuja de 2000 dont l'objectif général est de contribuer au développement socio-économique global du pays par l'amélioration de l'état de santé des populations à travers la lutte intégrée
- Elaboration du plan stratégique de 1ère génération (2001-2005) visant l'atteinte des objectifs d'Abuja (réduction de 50% de la morbidité et mortalité des enfants de moins de 5 ans)
- 2003 : Réorganisation de l'organigramme du Ministère de la santé qui a abouti à la création du programme national de lutte contre le paludisme suivant l'Arrêté N° A/2003/7482/MSP/SGG du 7 octobre 2003.
- Elaboration du plan stratégique de 2ème génération (2006-2010) : le pays a souscrit à la Déclaration d'Abuja de 2006 sur l'accès universel aux soins/services sociaux de base
- 2008 : Révision et adoption du document de politique nationale de lutte contre le Paludisme

2.2.2. Situation actuelle du Programme National de lutte contre le paludisme

2.2.2.1. Principales réalisations du programme

a)- Lutte contre les vecteurs du paludisme

Les principales interventions contre les vecteurs du paludisme mise en œuvre sont surtout l'utilisation des MILDA et l'assainissement du milieu. Néamoins des actions de pulvérisations intradomiliaires ont été réalisées pendant les situations d'urgence avec quelques actions ponctuelles de lutte antilarvaire.

- ***Promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides Longue Durée***

Les MILDA ont été distribuées à travers deux principaux canaux : dans les structures sanitaires (distribution de routine) et lors des campagnes de masse (intégrées au PEV ou distribution menage).

Dans les formations sanitaires, les femmes enceintes vues lors des Consultation Prénatales et les enfants moins de 1 an vus lors des séances de vaccination ontbénéficié gratuitement de MILDA. De même, les MILDA ont été distribuées gratuitement lors des campagnes de masse.
La distribution communautaire de MILDA aux ménages s'est faite avec l'appui des Organisations Non Gouvernementales (ONG) locales et internationales, des élus locaux et des structures décentralisées. De même, l'appui des ONG internationales a concerné les aspects de planifications et de préparatifs logistiques
La mise en œuvre du système de distribution des MILDA se faite de façon intégrée au système général de santé et du système de contrôle de qualité pour le monitoring des MILDA.

Une campagne intégrée avec la vaccination contre la rougeole et la distribution de la Vitamine A de l'Albendazole a été réalisée en 2009 et a permis de distribuer plus de deux millions de MILDA.

Le tableau ci-après montre la contribution des partenaires dans la mise à disposition des MILDA depuis 2006.

Tableau VII: Situation des MILDA distribuées par partenaire et par an, 2006-2012

Donateurs	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
UNICEF	22 000	42 800	-	-	-	11 600	76 400
UNITAID		-	-	1 300 000	0	-	1300 000
JICA	17 500	-	-	-	0	-	17 500
Rotary Club	-	-	-	2 500	-	-	2 500
Eglise Anglicane	-	-	-	16 500	16 500	-	33 000
OMVS	-	II.	-	300 000	0	70 000	370 000
BHP BILITON	-	-	-	-	-	8 000	8 000
BM/APNDS	-	-	-	-	III.	244 650	244 650
FM	70 000	238 000	-	1 405 459	-	IV.	1 713 459
Child Fund	-	-	-	-	V.	13 000	13 000
PMI							
Total	109500	280 800	-	3024 459	16 500	347 250	3 778 509

- ***La pulvérisation intra domiciliaire***

La pulverisation intradomiciliaire, bien que n'ayant pas été retenue par la politique nationale de lutte contre le paludisme dans le passé, a été utilisée lors des situations d'urgence dans les camps de refugiés de Dabola, Kissidougou, Macenta et Lola de 2001 à 2005.

Les sociétés miniéres ont réalisé des campagnes de PID dans quelques villages de leur zone d'intervention : BHP Biliton (Boffa centre, Coliah,Lisso et N'Zoo), Global Alumina (Tinguilinta) Vale (Zogota).

En 2012 le pourcentage de ménages dont l'intérieur du logement a été pulvérisé avec un insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois était de 1.7 % selon l'EDS IV.

- **Assainissement du milieu :**

Des séances de sensibilisation ont été réalisées par les agents communautaires au cours desquelles les populations sont conviées à organiser des campagnes d'assainissement en vue de réduire les sites de reproduction des moustiques au sein de la communauté.

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités du Fonds Mondial (round 2) il a été procédé à l'achat et la dotation en matériels d'un certain nombre de PME pour aider les communautés à réaliser des séances d'assainissement.

b) La prévention du paludisme chez les femmes enceintes

La SP lors du TPI, les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée, et autres intrants pour la prise en charge des cas de paludisme chez la femme enceinte sont gratuits.

Depuis 2005, le TPI a été intégré dans le paquet minimum d'activité des centres et postes de santé du pays le rendant ainsi accessible à toutes les femmes enceintes.

Depuis lors, plusieurs activités ont été menées par le PNLP avec l'appui des partenaires (FM, PMI, UNICEF, OMS, BID…) :

- Elaboration et adoption du manuel de formation des prestataires en TPI,
- Formation des chefs des centres de santé et agents chargés de la CPN en PTI,
- L'approvisionnement des formations sanitaires en Sulfadoxine-Pyriméthamine et en outils de gestion de la CPN ;
- La supervision des activités de PTI dans les formations sanitaires,
- L'organisation du monitorage semestriel et des enquêtes pour évaluer le dégré d'atteinte des objectifs.

***c)* Diagnostic et prise en charge des cas de paludisme**

Face à l'ampleur du problème du paludisme dans le pays, l'une des stratégies majeures mise en œuvre par le PNLP au cours des cinq dernières années a été la prise en charge des cas avec des médicaments efficaces et le renforcement des capacités des prestataires.

Les études de suivi de l'efficacité du traitement antipaludique réalisés entre 2000-2004 avec l'appui technique et financier des partenaires (OMS, MSF Suisse….) ont permis de procéder au changement de politique de traitement des cas simples de paludisme en 2005 en introduisant les CTA.

A l'issu de cette révision, les directives de prises en charges et les manuels de formations ont été révisées et les prestataires des secteurs public, privé et communautaires formés.

En 2009, avec l'introduction de la nouvelle politique de prise en charge des cas, les modules de formation ont été mis à jour pour prendre en compte la confirmation biologique avec les TDRs. Sur un besoin de 1961 agents à former, 777 ont été formés à l'utilisation des CTA.

Le personnel du secteur privé assure la prise en charge des cas mais il n'est pas encore suffisamment pris en compte dans les formations organisées par le programme.

Un module de formation sur le diagnostic biologique du paludisme avec la microscopie a été élaboré et 120 techniciens de laboratoire formés.

En ce qui concerne le niveau communautaire, le manuel de formation a été révisé et sur un besoin identifié de 4100 AC à former, 982 ont été formés

En ce qui concerne le diagnostic de confirmation des cas, des directives d'utilisation des TDR sont intégrés dans le manuel de formation des prestataires et des agents communautaires

Le Traitement est gratuit dans toutes les structures publiques. Une note-circulaire rendant les CTA gratuites a été adoptée en avril 2010 par le Gouvernement et largement diffusé.

L'EDS IV a trouvé des couvertures très faibles en prise en charge des cas de paludisme. Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines précédant l'enquête, 28 % ont pris un antipaludique quelconque avec une proportion plus importante en milieu urbain (34 %) qu'en milieu rural (27 %). Plus inquiétant, seulement 1% ont pris une combinaison à base d'Artémisinine (CTA).
Par rapport à la précocité du traitement, 17 % ont pris un antipaludique quelconque le même jour le jour suivant l'apparition de la fièvre. La proportion est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (22 % contre 16 %).

d) Gestion des approvisionnements

La Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) est l'agence nationale chargée des approvisionnements des programmes, y compris le PNLP. Il n'existe pas un plan d'approvisionnement annuel. L'achat et les approvisionnements sont effectués sur la base des plans de gestion des achats signés avec les différents partenaires (FM, BID).

Le PNLP est responsable de l'estimation des besoins et fournit les spécifications techniques des produits à la PCG qui réalise les d'achat en tenant compte du contrat d'approvisionnement qui le lie au PNLP..

Dans le cadre des projets qu'il exécute le PNLP procède à des approvisionnements notamment en MILDA, Microscopes, réactifs et autres matériels de manière périodique. Ces activités ont été exécutées sans un plan de gestion des achats et des stocks (GAS) tenant compte des besoins du pays.

Il n'existe pas de logiciel de quantification des besoins propre au PNLP. Les méthodes de quantification utilisées varient selon le niveau de la pyramide sanitaire. Au niveau national, la quantification est basée sur les données épidémiologiques. Par contre, le niveau périphérique utilise les données de consommation moyenne mensuelle pour exprimer les besoins. Le système d'information relatif aux données de consommation des produits n'est pas très fonctionnel. Du niveau périphérique vers le niveau central (PNLP), on assiste à une déperdition de données (niveau de consommation et niveau de stock), qui réduit la fiabilité de l'estimation des besoins.

Le financement des approvisionnements en intrants antipaludiques (Médicaments, réactifs et autres matériels) est assuré par les différents partenaires intervenant dans la lutte contre le paludisme. Il s'agit principalement du Fonds Mondial de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme, de PMI/USAID, de la BID, de la Banque Mondiale (APNDS), de l'UNICEF, ….

La PCG assure la livraison des produits jusqu'aux dépôts régionaux. Le relais vers les districts sanitaires est assuré par les Directions préfectorales de la santé (DPS). L'absence ou la vétusté des véhicules des DPS ne favorisent pas la livraison rapide et régulière des produits.

Le système d'approvisionnement du niveau régional tient compte du plan de distribution du Programme en vigueur et celui du niveau périphérique est basé sur les consommations moyennes mensuelles. Le logiciel CHANEL a été introduit au niveau régional pour la gestion informatisé des stocks.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le processus d'approvisionnement et de gestion des antipaludiques a connu des avancées notables :

- Le renforcement des supervisions et l'harmonisation des outils de collecte de données ont permis de corriger les insuffisances liées au suivi du stock et à l'estimation des besoins ;

- L'amélioration des procédures d'achats grâce à l'appui technique des partenaires (FM, UE) a permit d'éviter les erreurs dans les passations de marchés et de minimiser les retards d'acquisition des produits ;
- Les livraisons fractionnées conformément aux procédures d'achat ont permis d'éviter le stockage de trop grandes quantités et de limiter les risques de péremption.

e) Plaidoyer, IEC et Mobilisation Sociale

La promotion de la santé est l'une des composantes essentielles de la politique nationale de santé, elle constitue le 5ème axe stratégique du plan National de Développement Sanitaire (PNDS) élaboré par le Gouvernement. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique dispose d'un Service National de Promotion de la Santé qui assure la mise en œuvre et le suivi de tous les programmes et interventions de promotion de la santé.
En avril 2009, un projet de plan de communication pour un changement de comportement a été élaboré par le PNLP ; ce plan s'articule sur 4 axes stratégiques :

- Promouvoir les bonnes pratiques de prévention, de traitement et de contrôle du paludisme ;
- Engager les décideurs politiques et administratifs à s'impliquer dans la lutte contre le paludisme;
- Impliquer les prestataires de services dans l'offre de services de qualité ;
- Mobiliser la communauté en faveur de la prévention, du traitement et du contrôle du paludisme.

Les stratégies adoptées ont permis de sensibiliser les leaders et populations sur la lutte contre le paludisme et sur les services offerts. Elles ont été renforcées par l'identification et la mise en place d'un partenariat avec la presse et les médias ainsi que le développement des activités communautaires par les agents communautaires.

Les stratégies IEC/CCC/Plaidoyer et Mobilisation sociale ont été intégrées dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires. En plus du personnel de santé à divers niveaux, les ressources humaines suivantes ont été impliquées dans les actions de communication, soit par une contribution à une activité donnée soit par leurs rôles influants dans la société. Il s'agit :

- des animateurs communautaire et agents Communautaires de santé
- des élus locaux qui sont des relais efficaces pour la diffusion des messages. Ils ont été impliqués dans la mise en œuvre des activités de mobilisation communautaire.
- des leaders religieux qui constituent des relais efficaces dans le processus de persuasion en faveur du changement de comportement des populations.

Le PNLP dispose d'un plan de communication élaboré en 2012 qui fixe les objectifs du pays, définit les stratégies, activités, ressources ainsi que les messages, les outils et les canaux utilisés en matière d'IEC/CCC sur la prévention et la prise en charge du paludisme.

Les principaux résultats obtenus sont :

- Adaptation des messages par stratégie aux différents groupes cibles;
- Elaboration et adaptation du guide de sensibilisation
- Identification et élaboration de deux formats radiophoniques ;
- Transcription des messages en caractères arabes et en N'ko;
- Production des supports éducatifs et promotionnels sur la prévention par l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, la prise en charge correcte des cas de paludisme, la prévention chez la femme enceinte et l'assainissement :
- La réalisation de séances de sensibilisation (conférences-débats et causeries éducatives) par les agents communautaires et les animateurs des ONGs/OCB formés
- La sensibilisation à travers les médias (radio, TV, journaux).

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche communautaire, la formation des agents communautaires prend en compte un important volet IEC sur la prévention et le traitement du paludisme. A cet effet, les AC sont dotés d'une boite à image qu'ils utilisent pour la communication interpersonnelle au cours des visites à domicile.

Malgré la réalisation de toutes ces activités, aucune enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) des populations n'a été effectuée entre 2006et 2011 pour mesurer les indicateurs sur la communication pour le changement de comportement (CCC).

f) Surveillance, suivi/évaluation et recherche opérationnelle.

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) dispose depuis 2004 d'une unité de suivi-évaluation-recherche . Cette unité travaille en collaboration avec le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et les institutions de recherches sur la collecte, l'analyse et la diffusion des données nécessaires pour renseigner les indicateurs de S/E de la lutte contre le paludisme dans le pays.

Le système de SE est basé sur les orientations du Plan National de Développement Sanitaire, du Plan Stratégique National de Lutte contre le paludisme ainsi que celles du partenariat mondial de lutte contre le paludisme.
C'est ainsi que le système de SE du PNLP est en phase avec le « Guide de Suivi et d'Evaluation de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme » publié par les partenaires (OMS, USAID, FMLSTP, UNICEF, UNAIDS, RBM …).
Le PNLP a un groupe thématique SE qui n'est pas fonctionnel. Il existe un projet d'Arrêté de création de ce groupe thématiquemais non encore signé. C'est pourquoi on note une faible coordination des activités de suivi/évaluation avec pour conéquences le faible partage des informations et la faible mobilisation de ressources pour le suivi/évaluation.

LUn plan national de suivi - évaluation du PNLP couvrant la période 2008-2012 a été élaboré et validé par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Les objectifs et les stratégies de ce plan visent à renforcer le système de gestion des données et à améliorer le mécanisme de coordination entre les partenaires du PNLP utilisant l'information sur le paludisme.
L'élaboration de ce plan a permis à tous les intervenants dans la lutte contre le paludisme d'avoir un consensus sur : (1) l'analyse situationnelle du système de suivi-évaluation, (2) les gaps actuels des outils de collecte de données et de suivi des activités et les actions futures pour leur

harmonisation, (3) les objectifs et les stratégies du Plan de suivi-évaluation, (4) l'identification des activités du Plan suivi-évaluation et leur budgétisation, (5) l'analyse des gaps financiers du Plan de suivi-évaluation, (6) la liste des indicateurs essentiels de suivi-évaluation des interventions de lutte contre le paludisme.

Des enquêtes périodiques qui concernent le secteur de la santé ont été réalisées. Il s'agit notamment d'Enquête Démographique et Sanitaire (EDS), d'Enquête à Indicateurs Multiples (MICS), d'Enquête de la Couverture des Interventions Contre le Paludisme, des études d'efficacité des antipaludiques et des études de suivi de la résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides.

S'agissant de la recherche sur le paludisme, elle est quasiment absente dans les activités. Les quelques recherches menées sur le paludisme en Guinée, ont été l'œuvre des Organisations Non Gouvernementales (ONGs) ou institutions de recherche étrangères. D'où la nécessité d'encourager les institutions de recherche nationales.

g) Renforcement de la coordination et des capacités institutionnelles du programme

Dans le cadre de la coordination de la lutte il a été mis en place un comité consultatif (comité RBM) constitué des services techniques du MSHP et autres Ministères, les institutions de recherche, les ONGs, les partenaires au developpement et le secteur privé. Cet organe est chargé d'appuyé le Programme dans la planification, la mise en œuvre et le S/E des activités. Il faut noter que ce comité est très peu fonctionnel et n'a pas été mis en place au niveau déconcentré.
Toutefois la mise en place de ce comité a contribué à l'amélioration de l'efficacité de la gestion du Programme par la conduite du plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers (FM, PMI/USAID, BID, Coopération japonaise…) pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise des interventions

Le renforcement de la compétence du personnel a été au cœur des stratégies développées par le PNLP pour améliorer la qualité de la mise en œuvre des interventions. Dans ce cadre, les compétences du personnel de la coordination ont été renforcées dans divers domaines notamment en suivi/évaluation des projets et programme, paludologie, CCC pour l'utilisation des MILDA, gestion des données, gestion des projets et programmes, gestion financière et comptable.

h) Organisation institutionnelle et cadre de programmation

Les objectifs nationaux de lutte contre le paludisme sont en adéquation avec les Initiatives Mondiales et Africaines de lutte contre la maladie : Objectifs du Millénaires pour le Développement (OMD), Plan Mondial de Lutte contre le Paludisme du Partenariat RBM (GMAP), objectifs d'Abuja de l'Union Africaine et les objectifs de la CDEAO.

Pour atteindre ces objectifs, le Gouvernement Guinéen a mis en place un Programme chargé de la conception, de la mise en œuvre et du suivi/évaluation de la politique nationale de lutte contre le paludisme.

Au niveau central le Programme est géré par une coordination nationale dirigée par un coordonnateur national secondé par un coordonnateur national adjoint. Il comprend un service administratif et financier et cinq services techniques appelés unités et un organe consultatif de coordination (le comité RBM) :

- Unité Suivi/Evaluation
- Unité Lutte anti vectorielle
- Unité Pharmacie
- Unité Laboratoire
- Unité de Prise en charge
- Unité IEC/CCC

Au niveau intermédiaire et périphérique la gestion de la lutte contre le paludisme est intégré dans le paquet d'activités des équipes régionales, préfectorales et des formations sanitaires. Les Chargés de la Lutte contre la Maladie des DRS et DPS sont chargés du suivi de la mise en œuvre des activités de prévention et de prise en charge au niveau des formations sanitaires et des communautés.

Conformément au Plan National de Développement Sanitaire, le PNLP élabore un plan stratégique quinquennal (2001-2005 / 2006-2010). Dans le cadre de ce plan stratégique, des plans opérationnels annuels permettent au PNLP de mettre en œuvre des activités financées par le gouvernement et différents partenaires de la lutte contre le paludisme : subventions du Fonds Mondial, Plan de Coopération Guinée/OMS, Plan de Coopération Guinée/UNICEF, etc.
L'évalution des besoins et des gaps programmatiques sont refletés dans la feuille de route annuelle du pays publiée dans le site de RBM.

i) **Directives politiques et stratégiques**

Le Programme dispose d'un document de politique nationale de lutte contre le paludisme aligné à la de la politique nationale de Santé du Gouvernement et du PNDS.

Suites aux leçons tirées de la mise en œuvre des différentes interventions de lutte contre le paludisme, et pour être en phase avec les nouvelles directives de l'OMS, le MSHP a procédé en 2008 et en 2012 à la réactualisation du document de politique national de lutte contre le paludisme.
Les différentes interventions prônées par le document de politique nationale de lutte contre le paludisme seront traduites à travers des stratégies adaptées et des directives nationales pour faciliter leur mise en œuvre.

j) Collaboration avec d'autres programmes

Les interventions de lutte contre le paludisme sont intégrées dans plusieurs programmes de santé tel que le PEV (distribution des MILDA), la Santé de reproduction (TPI/SP, distribution de MILDA) l'hygiène et assainissement (lutte antivectorielle), la nutrition (distribution des MILDA), la PCIMNE (prise en charge des cas au niveau des formations sanitaires et par les ACS). Au niveau opérationnel, la lutte contre le paludisme est intégrée dans le Paquet Minimum d'Activité (PMA) des structures.

k) Contribution au renforcement du système de santé

Le PNLP a contribué au renforcement du système de santé notamment à travers :

- L'approvisionnement en médicaments, outils de gestions, la fourniture de matériels et équipements de laboratoire qui permettent d'augmenter la fréquentation des formations sanitaires;
- La fourniture de logistique roulant et d'équipements informatiques (velos, motos, kit informatiques…) aux ACS, CS, DPS
- le renforcement des capacités des ressources humaines : formation des agents de santé et des ACS sur la prise en charge des cas, la gestion des stocks, CCS/IEC/mobilisation sociale…
- Renforcement du SNIS : Formation, équipements, internet…

l) Coordination et partenariat

Dans le souci d'assurer la coordination et le suivi de la mise en œuvre des différents plans stratégiques du PNLP, des réunions trimestrielles du comité national de coordination (comité RBM) sont organisées.

En outre, le paludisme fait partie des maladies à surveillance obligatoire. Les données hebdomadaires sont rapportées à la Division Prévention et Lutte contre la Maladie et la réunion du comité de crise se tient autour de ces données.

La lutte contre le paludisme est intégrée au monitorage des formations sanitaires. Des instances sont organisées semestriellement par niveau pour évaluer le degré d'atteinte des objectifs de couvertures des différentes interventions menées au niveau des formations sanitaires et communautés. Les résultats sont analysés et des mesures correctrices sont envisagées pour lever les différents goulots d'étranglement :

Au niveau des centres de santé, le personnel de santé et les membres du comité de santé et d'hygiène exécutent le monitorage sous la supervision des équipes cadres de la Direction Préfectorale de la Santé.

Au niveau préfectoral, le comité technique préfectoral de santé (CTPS) réunit l'Equipe cadre du district, le directeur des microréalisations, les chefs de centre de santé, les représentants des comités de santé, les chefs de services de santé de l'hôpital et les partenaires.

Au niveau de la Région, le comité technique régional de santé (CTRS) regroupe les membres des équipes cadres de la DRS, des préfectures, les chefs de services de l'hôpital régional et les partenaires.

Au niveau central le Comité Technique de Coordination (CTC) est l'instance de coordination qui regroupe les DRS, les hauts cadres du MSHP, les Projets/Programmes et les partenaires.

m) Financement de la lutte contre le paludisme

L'Etat intervient dans le financement des salaires du personnel, une partie des dépenses d'investissement en infrastructures, équipements, formation initiale et des dépenses de fonctionnement non salariales par l'achat de médicaments et les subventions aux structures de soins et au PNLP.

Les interventions ont été financées quasi exclusivement par les partenaires bi et multilatéraux et le secteur privé.
Le tableau ci-dessous résume les principales sources de financements du Programme.

Tableau VIII : Financement de la lutte contre le paludisme par les partenaires (USD)

Années / Bailleurs	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
UNICEF	335 000	432 000	432 000	89 553	0	171000	1459553
OMS	219 500	219 500	250 000	109 000	202 000	0	1000000
BM/APNDS	0	1 181 250	1 181 250	1 181 250	180 759	180 759	3905268
MSF	-	-	-	-	400 000	-	400000
Global Fund	0	321 159	1 289 333	0	12 449 404	0	14059896
Eglise Anglicane	-	-	-	99 000	99 000	-	198000
UNITAID	-	-	0	7 915 000	0	-	7915000
BM/OMVS	-	-	0	3 127 168	3 127 168	0	6254336
BHP Billiton	-	-	500 000	500 000	500 000	0	1500000
Rio Tinto	-	-	0	100 000	100 000	100 000	300000
Total	554 500	2 153 909	3 652 583	13 275 535	17058331	451759	36992053

2.2.2.2. Progrès réalisés en vue de l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux

Grace à la volonté politique du gouvernement et l'appui des partenaires techniques et financiers d'importantes réalisations ont été faites dans la mise en œuvre des interventions du Programme National de Lutte contre le Paludisme. La réalisation des activités s'est traduite au niveau opérationnel par une amélioration de l'accès et de la qualité de la prise en charge des cas et par l'amélioration de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides et TPI.

Les performances du PNLP sont périodiquement mesurées à travers des enquêtes de couverture et/ou des évaluations d'impact au niveau des communautés. Ces évaluations sont réalisées en collaboration avec des institutions locales et internationales et les partenaires techniques et financiers. Les résultats des différentes évaluations ont servi de base à la prise de décisions pour adapter et/ou mettre à jour des stratégies et à la planification du Programme.

L'Enquête de couverture des interventions de lutte contre le paludisme menée en 2010 a trouvé une couverture TP1 de 55.2%, TPI 2 de 46.7% et 46.8 % des femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticides.

En 2012 (EDSIV) le pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a reçu un Traitement Préventif Intermittent (TPI) au cours d'une visite prénatale2est de 17.8%.

La proportion de femmes en état de grossesse ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide est passée de 1.3% en 2005 à 45% en 2010 suite à la campagne de distribution organisée en 2009. Le relâchement de la distribution observée depuis 2010 a fait chuter la couverture à 28 % en 2012.

Les principaux progrès réalisés entre 2005 et 2012 sont présentés dans les graphiques ci-après :

Figure 5 : Evolution (%) de la proportion des ménéges disposant d'au moins d'une moustiquaire imprégnée d'insecticides

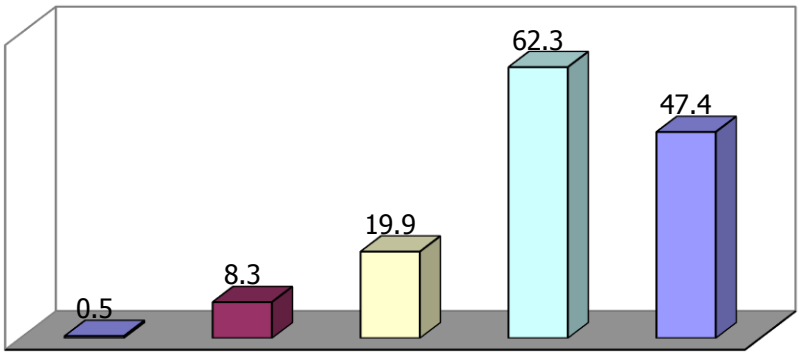


Figure 6 : Evolution (%) de la proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédent l'enquête

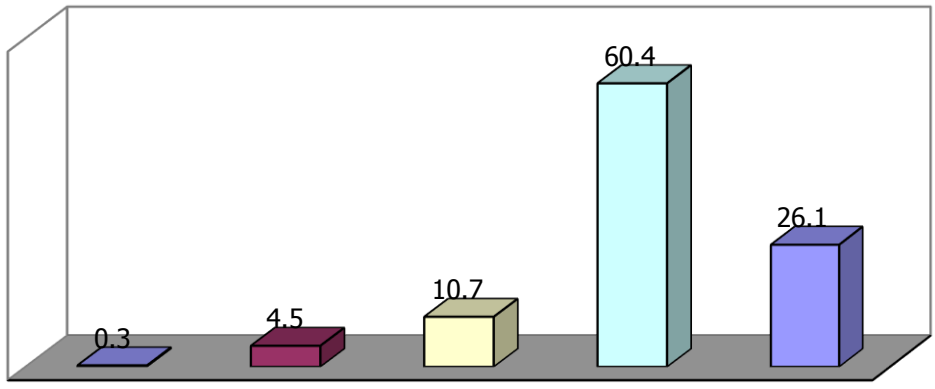
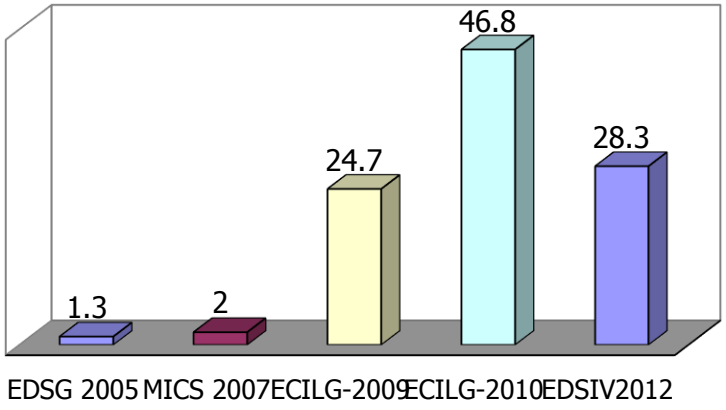


Figure 7 : Evolution (%) du pourcentage de femmes en état de grosesse ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit dernière



2.2.3.Forces et faiblesses de la lutte contre le paludisme

- **Gestion de Programme**

Points forts :

- Existence d'une coordination nationale de lutte contre le paludisme avec une définition de la mission, des attributions et de la structure organisationnelle et de points focaux au niveau des régions et districts;
- Disponibilité de documents normatifs (politique, stratégies, ..) en phase avec interventions de lutte recommandées par l'OMS : CTA, TDR, MILDA, TPI;
- Définition des cibles prioritaires du Programme;
- Disponibilité des directives et manuels de formation au niveau des régions, districts et formations sanitaires publiques
- Disponibilité d'un manuel de procédures de gestion financière et comptable
- Gratuité des CTA, TDR et MILDA;
- Mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des projets et plans annuels (USAID/PMI, BM, BID, FM, UNICEF, OMS, …) au niveau central et dans les régions et des districts (PTA : Plan de Travail Annuel des régions et préfectures …);
- Disponibilité des rapports techniques et financiers;
- Existence d'un plan de SE et de cadre de performance avec les partenaires notamment le FM avec des indicateurs précis ;
- Evaluation financière (audit) annuelle et programmatique périodique (EDS, MICS, Enquête annuelle de couverture….).

Points faibles :

- Faible capacité gestionnaire du programme;
- Faible diffusion des documents de politiques, de stratégies et des directives avec des révision trop rapprochée sans application du contenu des précédents ;
- Insuffisance de personnel compétent au niveau du programme et des districts sanitaires: gestion financière, logistique, mobilisation sociale/CCC,
- Absence d'un plan de développement des ressources humaines au niveau national et décentralisé;
- Absence de description de postes et de tâches;
- Faible prise en compte du secteur privé, associatif et confessionnel dans la mise en œuvre du Programme
- Faible prise en compte des approches communautaires dans la lutte contre la maladie;
- Faible maîtrise des procédures de gestion des fonds;
- Inaccessibilité des données financières des services à tous les niveaux;
- Rapports financiers des activités réalisées ne sont pas joints dans certains rapports techniques
- Insuffisance de mobilisation des ressources financières notamment la contribution de l'état au financement des projets;
- Faible capacité d'absorption du budget alloué au PNLP par les partenaires :
- Faible taux de réalisation des activités planifiées;
- Faible taux de complétude et insuffisance de qualité des rapports d'activités des structures contractants avec le PNLP;
- Irrégularité d'approvisionnement des structures sanitaires en intrants (CTA, SP, MILDA, TDR, etc.) avec des ruptures fréquentes de stocks
- Insuffisance de mécanisme de coordination entre les partenaires de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux (PNLP, régions et les districts sanitaires).

- **Gestion des achats et de l'approvisionnement**

Forces

- Existence d'une politique pharmaceutique nationale
- Existence d'une structure nationale d'approvisionnement(PCG) avec des capacités d'achats, de stockage et de distribution.
- Mise en œuvre des plans de renforcement de la PCG financés par les partenaires
- La gestion informatisée de stocks au niveau de la PCG
- Existence d'un système de gestion des médicaments et consommables au niveau des points de prestations de service
- Existence d'un système d'information logistique (CHANNEL)

Un système adéquat basé sur la CMM pour l'estimation des besoins de médicaments et de produits antipaludiques existe au niveau des structures de santés.

Faiblesses

- Non maîtrise des données de consommation des intrants entrainant des difficultés de quantification des besoins au niveau central, DRS et DPS
- Comité national de quantification non fonctionnel
- Ruptures fréquentes de stocks
- Non maîtrise des procédures d'achat des intrants ;
- Mauvaise gestion des stocks au niveau des formations sanitaires ;
- Le non-respect des délais de livraison ;
- Les mauvaises conditions de stockage
- Mauvaise coordination du système d'approvisionnement ;
- Absence de plan/directives de gestion des approvisionnements et fournitures au niveau décentralisé
- Absence d'un système de contrôle et assurance qualité

- **Contrôle des vecteurs du paludisme**

Forces

- Existence du document de politique et strategies de lutte contre le paludisme qui definit la lutte antivectorielle comme 2ème axe strategique ;
- Le taux de couverture obtenu (51 ,1%) suite à l'organisation d'une campagne de distribution gratuite de MILDA dans le pays ;
- Existence d'ONGs et de nombreuses Associations communautaires (sérés) ;
- Coollaboration renforcée avec les sociétés miniéres intervenant en Guinée ;
- Prise de conscience de la faiblesse des capacités de lutte contre le paludisme par les autorités et les partenaires ;
- Gratuité des MILDAs a tous les niveaux ;
- Existence d'un mecanisme de suivi et de mise en œuvre intégrée des campagnes de distribution des MILDA.

Faiblesses

- Manque d'appui financier de l'Etat pour les achats d'intrants et la réalisation les activités de lutte antivectorielles
- Absence de plan de lutte antivectorielle avec des stratégies détaillées ;
- Absence d'un mécanisme de coordination, de cadre de concertation et de reporting des activités de lutte antivectorielle ;
- Absence de laboratoire d'entomologie médicale, d' insectarium et d'équipement pour le contrôle des vecteurs;
- Absence de surveillance de l'efficacité des insecticides utilisés ;
- Absence de monitoring des MILDA (contrôle de qualité) ;
- Absence de mise a jour recente de la cartographie des vecteurs du paludisme ;
- Inssuffisance de supervision des activités de lutte antivectorielle ;
- Non intégration de la PID et la lutte antilarvaire dans la politique nationale.
- Absence de logistique appropriée pour la LAV
- Absence de plan de formation dans le domaine de la lutte antivectorielle ;

- Non fonctionnement des sites sentinelles

- **Diagnostic du paludisme et prise en charge des cas**

Forces

- Existence des documents de politique nationale de prise en charge des cas
- Existence de Directives et algorithmes de prise en charge
- Disponibilité des antipaludiques (CTA, quinine) et autres produits pour la prise en charge des cas
- Gratuité des CTAs.
- Existence de structures de prise en charge publique, privées et communautaires
- Existence des institutions de recherches (Université, centre de recherche de Maférinya, l'Institut National de Santé Publique (INSP)
- Existence de ressources humaines formées au niveau de structures de santé ;

Faiblesses

- Insuffisance des ressources humaines qualifiées à l'unité PEC du PNLP et dans certaines formations sanitaires périphériques :
- Insuffisance d'équipement, réactifs, matériels et consommables de laboratoire ;
- Non-respect des directives par certains prestataires ;
- Ruptures fréquentes en antipaludiques et TDR
- Non intégration des structures privées, associatives et confessionnelles dans la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge des cas (formation, approvisionnement, supervision et la collecte des données) ;
- Insuffisance de supervision des agents prestataires ;
- Insuffisance d'intégration de la prise en charge des cas au niveau communautaire;
- Inexistence d'un système performant de référence et contre référence.
- Insuffisance de suivi de l'efficacité des antipaludiques, de la pharmacovigilance, du contrôle de qualité des médicaments et du diagnostic biologique.
- Non prise en compte de la politique de prise en charge des cas dans les programmes des institutions de formation

- **Prévention du paludisme chez la femme enceinte**

Forces

- Existence d'un document de politique nationale de PTI ;
- Gratuité de la SP et des MILDA pour le TPI chez les femmes enceintes durant les CPN;
- Disponibilité d'un personnel qualifié pour les activités de prévention et de traitement du paludisme chezla femme enceinte ;
- Existence d'AC engagés dans les activités de communication de proximitéet la référence des femmes enceintes.

Faiblesses

- Faible taux d'utilisation du TPI par les femmes enceintes;
- Insuffisance de personnel qualifié (sages femmes) au niveau des centres et postes de santé ruraux
- Insuffisance dans la mise en œuvre des directives nationales sur le TPI au niveau du secteur privé, associatif, confessionnel et communautaire;
- Rupture des MILDA pour la distribution de routine pendant les CPN;
- Pas d'enquêtes CAP sur le TPI ;
- Pas de recherche opérationnelle sur la prévention chez la femme enceinte.

- **Sensibilisation, CCC, IEC et mobilisation sociale**

Forces

- Engagement politique dans le cadre de lutte contre le paludisme au niveau communautaire ;
- Existence de documents normatifs (Politique nationale de lutte contre le paludisme, plan stratégique) prenant en compte l'IEC/CCC ;
- Mise en place de l'approche contractuelle avec les ONG nationales.
- Prise en compte de l'IEC/CCC dans les modules de formations des personnels de santé et des AC

Faiblesses

- Plan de communication élaboré non finalisé : objectifs communicationnels inappropriés, non basé sur une recherche formative ; Non explication des risques par groupes cibles, pas d'indicateurs de performance en CCC (comportements à risque non identifiés) ;
- Unité IEC/CCC du PNLP non fonctionnelle (pas de personnel et de logistique) ;
- Faible capacité technique des ONG nationales;
- Manque de recherche formative (sur le niveau de perception, de connaissance et de comportement sur la prévention du paludisme en matière de CCC) ;

- Insuffisance de matériels/outils didactiques adéquats pour le CCC au niveau des formations sanitaires;
- Le personnel de santé réalise peu d'activités d'IEC/CCC sur la prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme.

2.2.4. Défis pour le Plan stratégique 2013-2017

Les résultats de la Revue des Performances du Programme et de l'EDS IV-MICS (2012) ont montré quelques progrès en matière de lutte contre le paludisme. Cependant, beaucoup de défis restent à relever en vue d'atteindre les objectifs d'accès universel. Il s'agit de mettre en œuvre des interventions efficaces en direction des populations pour permettre:

- Une lutte antivectorielle efficace par une utilisation effective des MILDA par toute la population, la PID la lutte antilarvaire et les mesures d'assainissement;
- l'accès universel au diagnostic biologique (microscopie, TDR) et à un traitement efficace du paludisme dans les formations sanitaires (publiques et privés) et au niveau communautaire ;
- la protection des femmes enceintes par les mesures préventives recommandées (TPIg, MILDA);
- la mise à échelle de la prévention du paludisme chez l'enfant (CPS et TPInourrisson) dans les zones éligibles ;
- la mise en place d'un système de surveillance et de suivi/évaluation performant au niveau des formations sanitaires (public, privé) et de la communauté;
- la mise en place d'un système d'Assurance Qualité du diagnostic à travers un réseau laboratoire performant ;
- la mise en place d'un système performant de pharmacovigilance, de contrôle de qualité et de surveillance de l'efficacité des antipaludiques;
- Le renforcement de la surveillance de routine notamment le système d'information sanitaire national, les sites sentinelles de surveillance,la mise à jour de la carte entomologique et épidémiologique du paludisme;
- la documentation des résultats de la mise en œuvre du programme à travers des enquêtes nationales dans la population et au niveau des formations sanitaires (MIS, EDS, MICS, recherche opérationnelle sur de bonnes pratiques et desexpériences réussies) ;
- la mise en œuvre de stratégies efficaces de mobilisation des ressources en faveur du paludisme auprès de l'Etat, des partenaires au développement et du secteur privé;
- la mise en place d'un partenariat fonctionnel impliquant les acteurs et les différentes parties prenantes dans la lutte contre le paludisme, notamment la société civile, le secteur privé et les communautés à la base.
- Le renforcement des capacités technique et managériales du personnel du PNLP dans les domaines de l'entomologie, sociologie, communication, suivi/évaluation, gestion programmatique et financière;
- L'amélioration du cadre de travail du PNLP : rénovation et équipement du siège, fourniture permanente en électricité, connexion internet haut débit, dotation en moyens roulants pour la supervision.

3. CADRE STRATEGIQUE DU PLAN 2013-2017

Le présent Plan Stratégique couvre une période de cinq ans (2013-2017). Ces objectifs sont en phase avec les orientations de la Politique Nationale de Santé, les axes stratégiques du Plan National de Développement Sanitaire, le Document de Stratégique de Réduction de la Pauvreté pour la Croissance (DSRP), le Plan Mondial de Lutte contre le Paludisme du Partenariat RBM (GMAP), les objectifs de lutte contre le Paludisme de la CDEAO et les Objectifs du Millénaire pour le Développement pour 2015.

3.1. Vision

La vision du programme en matière de lutte contre le paludisme est : **«Une Guinée sans paludisme pour un développement socioéconomique durable »**

3.2. Mission

La mission du PNLP est d'assurer à toute la population un accès universel aux services de prévention et de prise en charge du paludisme de qualité conformément à la politique nationale de santé.

3.3. Principes directeurs et valeurs

Conformément à la politique nationale de santé, la politique de lutte contre le paludisme se base sur des principes et des valeurs universels, à savoir la justice sociale, la solidarité, l'équité, l'éthique, la probité et la qualité.

Les principes directeurs se basent sur la bonne gouvernance, l'approche genre, le respect des évidences scientifiques et des recommandations internationales dans le choix des interventions de lutte contre le paludisme.

Ces principes directeurs et valeurs répondent aux différents engagements pris par le pays sur le paludisme :

- résolutions de l'Union Africaine (2000, 2006 et 2013),
- Objectifs CEDEAO 2015,
- Plan Stratégique Mondial « Faire Reculer le Paludisme » 2008-2015,
- Objectifs du Millénaire pour le Développement 2015.

3.4. Orientations stratégiques et priorités

Les interventions de lutte contre le paludisme seront adaptées aux différents faciès épidémiologique du paludisme du pays, conformément à la politique nationale de lutte antipaludique (LAP).
Les principales interventions du plan stratégique 2013-2017 sont axées sur les priorités suivantes :

- assurer un accès universel aux mesures de prévention à toute la population, notamment les MILDA et le TPI chez la femme enceinte;
- assurer la protection de toute la population des zones ciblées par la PID;
- assurer la confirmation biologique (TDR ou microscopie) pour tous les cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires (publiques, parapubliques, confessionnelles, associatives et privées) et dans la communauté (Agents Communautaires de Santé) ;
- assurer la prise en charge correcte de tous les cas de paludisme confirmés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire;
- renforcer le système de surveillance dans les sites sentinelles;
- renforcer le système de surveillance épidémiologique du paludisme à travers la SIMR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;
- renforcer le système de suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme, à travers un système de surveillance de routine fonctionnel à tous les niveaux permettant la récolte et l'analyse des données de qualité et la prise décision;
- renforcer la communication pour le changement de comportement des populations en vue de l'utilisation accrue des services de prévention et de prise en charge du paludisme ;
- renforcer les capacités de coordination et de gestion du programme à tous les niveaux ;
- Assurer la disponibilité des intrants à tous les niveaux pour la prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme ;
- renforcer le partenariat « Faire Reculer le Paludisme » dans le pays pour la mobilisation d'un financement substantiel à travers le budget de l'Etat, du secteur privé, des partenaires au développement;
- renforcer la collaboration inter-pays et sous régionale en matière de lutte contre le paludisme.

3.5. But du Plan Stratégique

D'ici la fin 2017 :
Réduire la morbidité liée au paludisme de 75% par rapport à 2000, et amener la mortalité à un niveau proche de zéro.

3.6. Objectifs du Plan stratégique

- Assurer la protection d'au moins 80 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme
- Assurer la confirmation biologique d'au moins 90 % des cas suspects de paludisme
- Assurer un traitement correct et précoce d'au moins 90% des cas de paludisme
- Renforcer le système de suivi/évaluation à tous les niveaux conformément au plan de SE
- Renforcer les capacités de gestion, de partenariat et de coordination du Programme à tous les niveaux

- Renforcer le niveau de connaissance de la population sur les mesures de prévention et de prise en charge du paludisme

3.7. Résultats attendus du Plan stratégique

D'ici fin 2017 :

- Au moins 80% de la population à risque de paludisme utilisent les MILDA
- Au moins 80% des enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées pour la chimio prévention saisonnière du paludisme ont bénéficié d'une protection
- Au moins 80% des femmes enceintes ont bénéficié d'une protection par le TPI3 au cours de leur grossesse;
- Au moins 80% des populations des zones ciblées par la PID ont bénéficié d'une protection;
- Au moins 90% des cas suspects de paludisme sont testés dans les formations sanitaires et au niveau communautaire (ACS).
- Au moins 90% des cas de paludisme sont traités avec un antipaludique efficace dans les formations sanitaires ;
- Au moins 90% des enfants de 0 à 5 ans ont bénéficié d'un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures conformément aux directives nationales,
- Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés dans les formations sanitaires ont reçu un traitement conformément aux directives nationales ;
- Au moins 90% des patients avec un paludisme grave confirmé ont reçu un traitement appropriée conformément aux directives nationales;
- Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés par les agents de santé communautaires ont reçu un traitement antipaludique conformément aux directives nationales ;
- Au moins 80% des structures sanitaires et communautaires disposent des intrants antipaludiques pour la prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme;
- Au moins 80% de la population connaissent les mesures de prévention recommandées contre le paludisme ;
- Au moins 90% des formations sanitaires publiques et privées fournissent des rapports mensuels fiables sur le paludisme ;
- Au moins 90% des situations d'urgence et d'épidémies de paludisme sont détectés et ont reçu une réponse adéquate conformément aux directives nationales ;
- Les capacités de gestion et de coordination du programme sont renforcées à tous les niveaux ;
- Le système de SE est fonctionnel à tous les niveaux conformément aux orientations du Plan S&E du PNLP.

3.8. Interventions et stratégies de mise en œuvre

Les interventions qui seront mises en œuvre dans ce plan stratégiques sont celles retenues dans le document de politique nationale.

3.8.1. Lutte anti - vectorielle :

Parmi les stratégies de prévention définies par l'OMS pour lutter efficacement contre le paludisme, la LAV est la composante majeure axé surtout sur l'utilisation des MILDA, l'introduction de la PID et la lutte antilarvaire (LAL) dans une perspective d'élimination du paludisme.

- ***Les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action:***

Distribution de MILDA en campagne de masse à travers l'organisation de deux campagnes nationales de distribution universelle de MILDA en 2013 et en fin d'année 2016. Pour cela il sera procédé à la production d'outils, l'acquisition des MILDA, l'approvisionnement des structures en matériels, la formation, la supervision des acteurs, la sensibilisation de la population, le dénombrement de la population, la distribution des MILDA, et les activités de suivi-évaluation,

Distribution de MILDA en routine à travers une distribution lors des activités de routine (à partir de 2014) pour couvrir les nouvelles cibles et maintenir la Couverture Universelle: CPN chez les femmes enceintes et PEV de routine chez les enfants de 0-1 ans. Les Centres et postes de santé seront dotés en MILDA à cet effet.

Les moustiquaires distribuées devront être des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée de rémanence et devront porter une mention qui les distingue de celles du commerce.

Pour permettre un passage rapide à l'échelle de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, le partenariat entre le secteur public, le secteur privé, la société civile et les communautés à la base sera renforcé.

- ***La pulvérisation intra domiciliaire :***

Cette intervention sera mise en œuvre en partenariat avec les PTF (sociétés minières, PMI..), les DRS, Districts Sanitaires et les communautés. Elle nécessitera une forte implication des collectivités décentralisées et de la société civile.
Les principales activité à mener seront : une étude de base pour identifier les zones à cibler, une évaluation environnementale, la sélection de l'insecticide, la construction des aires de décontamination , l'identification des structures à pulvériser et des magasins de stockage, l'acquisition des intrants, le suivi entomologique, la formation et la supervision.

Il faudra également un renforcement de l'unité LAV en termes de formation et d'équipement.

L'opération de pulvérisation sur le terrain sera contractualisée avec des structures compétentes.

- ***La lutte antilarvaire (LAL)***

Elle se fera à travers : une étude de base pour identifier les zones à cibler, une évaluation environnementale, la sélection de l'insecticide, l'identification des sites à traiter et des magasins de stockage, l'acquisition des intrants, le suivi entomologique, la formation et la supervision. L'unité LAV sera renforcée en termes de formation et d'équipement pour la planification et le suivi de l'activité.
L'opération de traitement des gites larvaires sera contractualisée avec des structures compétentes.

L'accent sera également mis sur la promotion de l'hygiène et de l'assainissement, la destruction et le traitement des gîtes larvaires. Le volet recherche opérationnelle sera aussi développé en parallèle.

4.5.2. Prévention du paludisme au cours de la grossesse

Le TPI pour la femme enceinte sera mis en œuvre à tous les niveaux du système de santé. La Sulfadoxine Pyriméthamine est gratuite et doit être administrée en prise supervisée au cours de la CPN à partir du 4ème mois de la grossesse jusqu'à l'accouchement. Elle sera donnée à raison d'au moins 3 doses de 3 comprimés espacées d'au moins un mois entre deux prises.

Aussi, la femme enceinte bénéficiera d'une distribution gratuite de MILDA dès le premier contact dans le cadre du paquet des services offerts lors de la CPN.

Des directives seront développées à l'intention du personnel de la CPN et des stratégies avancées seront menées par les équipes des centres et postes de santé.

Un plaidoyer sera entrepris auprès des autorités gouvernementales et des collectivités locales pour une mobilisation optimale des ressources nécessaires à l'approvisionnement continu en SP et MILDA. L'Etat sera aussi sensibilisé pour la mise en place des procédures d'urgence pour l'acquisition de ces intrants.

La collaboration entre la DRS, DPS/DCS et le PNLP sera renforcée avec l'élaboration d'un plan conjoint de la prévention et de la prise en charge du paludisme chez la femme enceinte.

Cela permettra de définir les rôles et responsabilités de chacune des parties pour un meilleur suivi des activités de lutte contre le paludisme pendant la grossesse. Ce plan identifiera des stratégies de mise en œuvre des directives nationales sur le TPI au niveau du secteur privé, et définira les interventions pour l'utilisation précoce des services de CPN, la disponibilité permanente de la SP pour le TPI et des MILDA pendant les CPN. Le volet CCC sera aussi pris en compte. La gratuité de la MILDA au cours des CPN devrait contribuer à l'atteinte de la couverture universelle.

3.8.2. Prévention du paludisme chez l'enfant avec les antipaludiques

Chimioprévention saisonnière (CPS) : Cette activité sera menée dans les zones où la transmission saisonnière du paludisme ne dépasse pas 4 mois avec au moins 60 % des cas survenant à cette période. Une étude de base sera menée à cet effet pour identifier les zones concernées et le cadre de mise œuvre.
La CPS se fera par l'administration intermittente d'un traitement complet par un médicament antipaludique pendant la saison de haute transmission du paludisme pour éviter la maladie, l'objectif étant de maintenir des concentrations thérapeutiques de médicament antipaludique dans le sang pendant la période où le risque de contracter le paludisme est plus élevé. La stratégie de la CPS consiste à administrer un maximum de quatre cycles de traitement de SP + AQ à intervalles d'un mois à des enfants âgés de 3 à 59 mois dans les régions de forte transmission saisonnière du paludisme.

L'observance du traitement complet doit être un des principaux messages de sensibilisation et de communication pour un changement de comportement au cours du lancement et de la promotion de la CPS. L'importance de l'observance devrait également être soulignée dans les activités de communication à chaque cycle mensuel.

Les ASC et les agents de santé seront formés, dotés en directives, intrants et supervisés régulièrement.

TPI chez le nourrisson : Cette intervention sera mise en œuvre dans le cadre du PEV dans les zones à transmission pérenne du paludisme. Une étude de base sera menée pour identifier les zones ciblées et le cadre de mise œuvre.
Pour une mise en œuvre optimale les ASC et les agents de santé seront formés, dotés en directives, intrants et supervisés régulièrement.

3.8.3. Diagnostic et prise en charge des cas de paludisme

Le respect des directives nationales en matière de diagnostic et de traitement, l'accès aux soins, le coût élevé de la prise en charge des cas graves, la gestion des stocks, l'utilisation des TDR au niveau des prestataires du secteur privé et la pérennité de la gratuité du traitement par les ACT sont autant de défis que le plan stratégique 2013-2017 devra adresser prioritairement.

Tous les cas suspects de paludisme devront être obligatoirement confirmés par le TDR ou microscopie avant traitement (CS, PS, CSA, CMC, HP, HR, CHU, cliniques et autres structures privées).

Diagnostic et PEC au niveau des formations sanitaires :les différentes structures seront équipées et approvisionnées en quantité suffisante de médicaments et de documents (politique nationale, protocoles et outils de gestion). Les agents seront formés et recycler tous les deux ans et supervisés régulièrement. Un suivi de l'efficacité des antipaludiques sur les parasites et de la qualité du diagnostic (TDR/microscopie) sera réalisé. La mise en œuvre de la pharmacovigilance permettra de suivre les effets secondaires des médicaments.

Diagnostic et PEC au niveau communautaire (ASC) :tous les cas de fièvre reçus par les ASC devront être confirmés par les TDR avant l'administration des CTA. Les ASC seront formés, dotés en TDR, en outils de gestion et matériels IEC et supervisés régulièrement.

Tous les cas présentant des signes de danger et les femmes enceintes souffrant de fièvre seront référés par les ASC. Les ASC seront formés sur la reconnaissance des signes de danger et dotés des médicaments pré référentiels.

3.8.4. Gestion des situations d'urgences et épidémies de paludisme

La réponse aux situations d'urgence est une intervention prioritaire. Pour assurer une riposte adéquate à une situation d'urgence, il sera élaboré un plan de riposte dans tous les districts à risques.
La surveillance épidémiologique sera renforcée dans le cadre du système national de la SIMR (Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte), notamment la définition des seuils épidémiques et la redynamisation des sites sentinelles de surveillance. Des stocks d'antipaludiques seront pré-positionnés dans les régions/districts à risque d'épidémie de paludisme.

Les mesures d'urgence en cas d'épidémie, à exécuter de façon simultanée seront : le traitement des cas de paludisme simple par les CTA et des cas grave par l'Artésunate, l'Artémether ou la quinine injectable, la destruction des gites larvaires par l'utilisation des larvicides, la distribution de MILDA et la PID.

3.8.5. Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale

Le renforcement de l'IEC/CCC se fera sur la base d'un plan de communication élaboré avec la participation des experts du MSP et des partenaires. Ce plan comportera une partie analyse de la situation qui fera ressortir les faiblesses en terme de stratégie, de messages, d'outils ou de supports, de couverture et de besoins spécifiques en fonction des situations et des zones .
Toutes les insuffisances notées feront l'objet d'actions correctrices et de ressources mobilisées pour leur mise en œuvre.

Les Interventions à base communautaire (IBC) menées par les réseaux et les ONG dans les districts et qui comportent un paquet d'activités dont la communication seront prises en compte dans ce plan de communication.

Dans le cadre du renforcement de la **communication institutionnelle** du programme, le PNLP devra élaborer et diffuser un bulletin d'information trimestriel qui ouvrira ses colonnes à tous les secteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme. Un site web sera créer et mis à jour tous les trois mois pour permettre à tous les intervenants d'échanger les expériences, les leçons apprises et de publier leurs résultats.

Un plaidoyer sera fait auprès des autorités et partenaires techniques et financiers pour le soutien au financement du plans stratégique. Le PNLP définira des orientations claires et mettra à la disposition des acteurs des outils pour une meilleure efficacité. Pour ce faire, il sera élaboré un plan national de plaidoyer qui déclinera les objectifs, les stratégies, les cibles et les activités à mener. Ce travail se fera avec l'appui d'experts en plaidoyer et la participation des spécialistes en communication du MSP et des partenaires.

La Mobilisation sociale et le renforcement des IBC vont s'appuyer sur les réseaux des organisations communautaires, les ONG, les partenaires techniques et financiers et les tradipraticiens pour la diffusion des messages et une référence précoce des patients fébriles. Elles se feront à travers la communication de masse qui passera par l'organisation de séances de mobilisation sociale, la diffusion de messages dans les radios et télévisions nationales, privées, rurales et communautaires et sera axée sur l'utilisation des services offerts par le PNLP. La mobilisation sociale va également s'appuyer sur les évènements internationaux, nationaux ou locaux pour créer des temps forts de communication.

Les élus locaux, les comités de santé, leaders communautaires, les ONG les OCB et les ACS seront parties prenantes des phases de conception, de planification, de mise en œuvre et de suivi des IBC. La mise à disposition de ressources va permettre de renforcer leurs capacités d'intervention.

3.8.6. Surveillance, Suivi & Evaluation et Recherche opérationnelle

Le suivi/évaluation est coordonné par le MSHP avec l'appui de groupe technique SE et mis en œuvre par le PNLP en étroite collaboration avec les partenaires. Le plan national de suivi évaluation 2013-2017 aligné au présent Plan stratégique 2013-2017 pour mesurer l'atteinte des objectifs fixés en examinant les résultats et leurs impact sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme.

Les performances seront appréciées à travers la mesure, de façon périodique (mensuel, trimestriel, annuel, tous les 2-3 ans et tous les 5 ans), des indicateurs pertinents et consensuels, conformes aux normes nationales et internationales.

Pour une mise en œuvre efficace du SE, le plan de SE 2013-2017 prévoit le renforcement des capacités de l'unité SE du PNLP, des acteurs à tous les niveaux et la mise en place d'une structure nationale de coordination fonctionnelle (Groupe technique SE)

Dans le domaine de la recherche opérationnelle, il est prévue un appui aux universités et centres de recherche à travers l'établissement de conventions pour la réalisation de recherches spécifiques, la formation des chercheurs, l'appui technique (recrutement de consultants), le plaidoyer pour la recherche de financement.

3.8.7. Renforcement institutionnel et de la coordination du Programme

L'organisation d'un diagnostic organisationnel devra aboutir à une restructuration du Programme afin de le rendre capable d'exécuter efficacement ses missions. Le renforcement des capacités se fera par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de formation dupersonnel par niveau, l'acquisition de la logistique, des matériels et fournitures nécessaires, la maintenance préventive et curative.

Les équipes du PNLP, des DRS et des DPS seront formées sur des thématiques diverses

notamment en épidémiologie, entomologie, parasitologie, gestion de programme, gestion financière. La société civile et les acteurs communautaires, partie prenante dans la mise en œuvre des activités de lutte antipaludique, seront également renforcés.

La mobilisation des ressources se fera à travers l'élaboration des plans d'action annuels, un plaidoyer pour la création d'une ligne budgétaire spécifique pour l'acquisition des intrants dans le budget de l'Etat, la participation du PNLP aux sessions annuelles d'élaboration des plans d'actions des partenaires, l'organisation d'une table ronde de partenaires du secteur privé local, un plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers (PTF) pour l'élaboration et soumission des requêtes auprès des initiatives internationales de financement des activités de lutte contre le paludisme (Fonds Mondial, PMI…)

Le développement du partenariat se fera par la révision et la diffusion des textes relatifs aux différents cadres de concertation, la mise en place d'un comité RBM fonctionnel, la tenue des rencontres de concertation intra et intersectorielle (aux niveaux central, intermédiaire et périphérique).

Pour renforcer la qualité et l'efficacité des interventions, il sera mis en place un plan d'assistance technique au PNLP et aux autres acteurs. Les partenaires seront sollicités pour son élaboration et sa mise en œuvre.

4. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN

4. 1. Cadre de performance

Le suivi des performances du plan stratégique 2013-2017 sera fait à travers un processus continu de collecte, d'analyse et diffusion de données permettant de mesurer les progrès accomplis dans la mise en œuvre des interventions.

Les indicateurs de performance qui serviront à mesurer les changements recherchés seront définis dans une matrice appelée cadre de performance. Cette matrice prend en compte les indicateurs d'impact, d'effet (résultats), de produits et de processus tel que décrit dans le plan de suivi-évaluation 2013-2017.

4.2. Suivi des progrès.

Afin de renseigner le niveau des progrès atteints, des monitorages seront conduits pour le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique. Ce suivi portera sur le processus de mise en œuvre des activités et sur les changements induits. Il mettra l'accent sur les intrants, les activités, les produits et les résultats obtenus.

L'élaboration d'un plan d'action opérationnel annuel et de micro plans trimestriels permettra de définir les activités, les responsabilités et les délais d'exécution des activités à mener par domaine d'intervention.

Le suivi se fera notamment par l'organisation de réunions de coordination aux différents niveaux de la pyramide sanitaire y compris avec les PTF, la société civile, les acteurs communautaires (ASC, OBCs) et le secteur privé. Les différentes instances de planification et de suivi du MSHP (Monitorage des formations sanitaires, CTPS, CTRS, Revue annuelle des soins de santé primaires seront mises à profit pour analyser les résultats de la mise en œuvre des interventions et prendre des décisions.

Les supervisions par les différents niveaux et les rencontres de validation des données de routine et de gestion des médicaments et autres intrants permettront de renforcer les capacités des prestataires et surtout de corriger à temps les insuffisances notées.

Une base de données intégrant tous les indicateurs de lutte contre le paludisme au niveau du PNLP sera réactualisée en collaboration avec les différentes parties impliquées dans la gestion des informations sur le paludisme (SNIS, SIMR, PTF).

4.3. Evaluation de l'impact et des résultats

4.3.1. Utilisation des données de routine

Les données liées à la lutte contre le paludisme sont intégrées en majorité dans les outils de collecte de données du SNIS. C'est pourquoi, un appui aux activités de supervision et de contrôle de qualité des données du SNIS sera apporté à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les des données de routine serviront à l'élaboration des rapports d'activités et autres évaluations Des

rencontres périodiques seront organisées avec l'équipe chargée du SNIS pour l'analyse de l'évolution des indicateurs liés au paludisme.

La revue à mi-parcours du Plan Stratégique sera réalisée en 2015 et permettra d'apprécier les taux d'exécution des activités, de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs (indicateurs) et d'identifier les goulots d'étranglements afin de proposer des orientations pour améliorer les performances.

La revue de performance du programme sera réalisée à l'échéance du Plan Stratégique en fin 2017. Elle permettra de mesurer les performances de la mise en œuvre des différentes interventions, les forces et faiblesses et de faire des recommandations pour le futur Plan stratégique 2018-2022.

4.3.2. Evaluation de l'impact

Les évaluations de l'impact des interventions de lutte se feront tout au long de la mise en œuvre du Plan stratégique et à la fin de l'année 2017. Elles porteront principalement sur les résultats des interventions de lutte, notamment la couverture, l'utilisation, dela morbidité, la mortalité et l'impact socioéconomique du paludisme.
Les principales enquêtes nationales qui seront conduites sont le MIS, le MICS, l'EDS et les enquêtes dans les formations sanitaires.

Le cadre de performance du plan stratégique définit les indicateurs à mesurer, les cibles à atteindre, les périodes de réalisation et le type d'enquête à réaliser.

5. GESTION DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

5.1. Ressources humaines

5.1.1. Structure organisationnelle

La lutte contre le paludisme est intégrée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle fait intervenir différents acteurs à tous les niveaux.
Le Programme National de Lutte contre le Paludisme est rattaché à la Direction National de Prévention et Santé Communautaire. Il est structuré de la manière suivante : un coordonnateur national, un coordonnateur national adjoint, un Service Administratif et Financier et six services techniques appelés unités et un organe consultatif (Comité RBM), Les six unités sont :

- Suivi/Evaluation et Recherche
- Lutte antivectorielle
- Unité Laboratoire
- Prise en charge
- Pharmacie
- IEC/CCC/SBC

Les Coordonnateurs et chefs d'unité sont nommés par arrêté ministériel tandis que les autres membres sont affectés par décision.

Le personnel est composé de Médecins, Pharmacien, biologistes, d'infirmiers, techniciens de laboratoire, informaticien et comptables.

Par ailleurs le PNLP est appuyé par un groupe consultatif (comité de coordination RBM) composé d'experts provenant des services techniques du MSHP, des partenaires techniques et financiers, des institutions de formation et de recherche.

Sous la direction du Directeur régional de la santé les équipes régionales coordonnent la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme dans leurs zones de couverture.

Au niveau opérationnel, l'équipe cadre de district sous la direction de directeur départemental de la santé a pour rôle la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de lutte contre le paludisme au niveau des aires sanitaires et dans la communauté.

5.1.2. Renforcement des capacités

Dans le cadre du plan stratégique le programme national de Lutte contre le paludisme sera renforcé en nombre et en compétences en fonction des insuffisances identifiées par la revue des performances du programme. Il s'agit entre autres de formation en suivi-évaluation, en gestion de programme et leadership, gestion financière et comptable, paludologie, épidémiologie et bio statistique, socio anthropologie et communication en santé.

5.2. Planification et mise en œuvre

Chaque année un plan d'action opérationnel est élaboré par la coordination du PNLP sur la base des interventions prévues dans le Plan Stratégique National du programme. Ce plan prend en compte toutes les interventions de lutte contre le paludisme à réaliser au niveau opérationnel. Les

plans d'action opérationnels intégrés des directions régionales et préfectorales tiennent compte des activités du plan d'action du PNLP prévues dans leurs zones.

En outre des microplans mensuels ou trimestriels sont élaborés par les services à tous les niveaux pour la mise en œuvre et le suivi rapproché des activités.

La coordination et le suivi de la mise en œuvre des interventions entre les acteurs du niveau central et du niveau opérationnel se font à travers les réunions et les supervisions.

Des activités intégrées sont mise en œuvre avec d'autres programmes de santé tels que la PCIMNE, le PEV, la SR, la Nutrition, ….

Des réunions trimestrielles de validation des données et semestrielles de suivi (CTRS et CTPS) regroupant les partenaires et les acteurs de mise en œuvre sont organisées pour apprécier l'état d'avancement des interventions et la réorientation de la lutte.

5.3. Coordination des partenariats

Le PNLP a développé des partenariats plus ou moins fonctionnel avec diverses organisations et structures impliquées dans la lutte contre le paludisme au nombre desquels on peut citer les ONG internationales (RTI, Plan Guinée, PSI, CRS, HKI, …), des réseaux spécialisés de la lutte contre le paludisme (RENALP), le secteur privé (Rio Tinto, BHP Biliton, GAC), les Agences du Système des Nations-Unies (OMS, UNICEF), les organisations sous régionales (RBM/WARN, OOAS).

Dans le cadre de ce plan le partenariat sera renforcé par la mise en place d'un Comité de Coordination des partenaires fonctionnel.

5.4. Système de gestion des achats et des stocks

L'acquisition des intrants sera basée sur une quantification des besoins basée sur la consommation des structures sanitaires, revue et validée par le comité de quantification et présentée aux partenaires lors des rencontres de concertation. Les spécifications techniques pour tous les intrants seront élaborées/révisées annuellement.
Les approvisionnements seront faits à travers un plan annuel de gestion des achats et des stocks (GAS) élaboré par le PNLP en collaboration avec la PCG, la DNPL et les partenaires.

La centrale d'achat (PCG) assurera le stockage puis l'acheminement de ces produits jusqu'au niveau des dépôts régionaux. A partir de ces les structures sanitaires seront dotées en intrants (CTA, kits d'urgence, TDR, SP…) à travers le circuit intégré de distribution des ME conformément aux commandes basées sur la consommation moyenne mensuelle. Sur cette même base, les ASC s'approvisionneront au niveau des centres et postes de santé.

L'approvisionnement des officines privées en antipaludiques et intrants est fait par les grossistes répartiteurs privés.

Dans le cadre du renforcement du système d'approvisionnement des directives, des outils de gestion et un guide de formation seront élaborés et diffusés. Les acteurs du SIGL seront formés

en cascade (central, régions et districts). Les structures de gestion des intrants seront dotées en matériel informatique (micro-ordinateurs et logiciels de gestion de stocks). Des supervisions intégrées pour le suivi de la gestion des intrants seront réalisées par niveau

Le contrôle de qualité sera réalisé par le laboratoire national de santé publique ou toute autre structure compétente.

A cet effet, un appui technique et financier sera apporté à la DNPL et au Laboratoire national de santé publique pour le contrôle de la qualité des intrants de lutte contre le paludisme.

Un appui financier et technique sera apporté à la DNPL pour appuyer la mise en du système de pharmacovigilance y compris celui en rapport avec les antipaludiques..

5.5. Gestion des ressources financières

La lutte contre le paludisme a bénéficié de plusieurs sources de financements. L'Etat paie les salaires du personnel et alloue tous les ans un budget de fonctionnement au PNLP. Ces ressources sont gérées suivant les procédures nationales sous l'autorité de la DAF du MSHP.

Pour le cas spécifique du Fonds Mondial, les procédures de gestion sont décrites dans le manuel de procédures de gestion financière et comptable convenu avec les Bénéficiaires principaux.

Les autres partenaires (SNU, PMI, BID) appliquent les procédures propres de gestion propres à leur organisation.

Pour le suivi de la gestion financière des ressources allouées pour la mise en œuvre de ce plan il est prévu des audits internes et externes ainsi que des missions d'inspection financière et des inventaires à tous les niveaux.

6. BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT

6.1. Résumé du budget par intervention

Tableau IX : Résumé du budget par intervention

Axes stratégiques	Récapitulatif du Budget par intervention & par an						%
	2013	2014	2015	2016	2017	Total	
Lutte anti vectorielle	41,193,632	5,707,339	9,005,938	61,320,908	13,820,676	**131,048,492**	54.06
Prévention du paludisme chez la femme enceinte	32,764	1,145,237	46,435	940,871	52,662	**2,217,969**	0.91
Prévention chez l'enfant et le nourisson	0	524,945	1,201,434	900,839	943,719	**3,570,938**	1.47
Prise en charge des cas	12,588,737	14,701,647	15,344,83	14,466,299	12,940,236.76	70,041,744.97	32.17
Urgence complexe et lutte contre les endémies du palu	0	233,955	190,000	190,000	190,000	**803,955**	0.33
IEC, plaidoyer et mobilisation	2,951,932	3,161,801	2,932,487	2,872,465	2,798,422	**14,717,107**	6.07
Suivi&évaluation & recherche opérationnelle	268,000	3,334,434	1,136,728	1,958,386	1,399,751	**8,097,300**	3.34
Gestion du Programme; Partenariat et Coordination	135,295	1,194,053	1,253,658	833,227	567,637	**3,983,870**	1.64
TOTAL	**64,712,001**	**29,772,391**	**31,182,006**	**83,730,289**	**33,022,434**	**234,481,376**	**100**

6.2. Résumé du budget par catégorie de coût

Tableau X : Résumé du budget par catégorie de coût

Catégorie de coût	Période					Total	%
	2013	2014	2015	2016	2017		
Ressources humaines,	2,057	123,857	124,697	125,579	126,505	502,696	0.21
Assistance technique et de gestion	0	208,155	0	4,200	0	212,355	0.09
Formation	632,859	2,784,052	738,191	2,013,497	551,683	6,720,282	2.87
Produits et Equipements médicaux	43,402,126	14,571,439	15,931,559	55,481,297	14,930,934	144,317,354	61.55
Produits pharmaceutiques médicaments	4,230,822	3,570,482	3,662,724	3,052,770	2,873,089	17,389,886	7.42
Cout de gesion des achats et des stocks (GAS)	2,681,782	1,134,150	1,301,725	3,266,768	1,257,465	9,641,891	4.11
Infrastructures et autres équipements	9,385	489,455	927,133	342,133	241,062	2,009,168	0.86
Matériel de communication	124,093	-	258,158	-	124,093	506,343	0.22
Suivi & Evaluation	340,132	3,575,277	1,411,164	2,192,251	1,607,358	9,126,182	3.89
Soutien humain aux patients/Populations cibles N/A	-	-	-	-	-	-	0.00
Planification et administration	5,747,104	3,546,545	6,756,153	17,004,501	11,000,917	44,055,219	18.79
Total	**57,170,360**	**30,003,411**	**31,111,505**	**83,482,996**	**32,713,104**	**234,481,376**	**100.00**

7. MOBILISATION DES RESSOURCES

7.1. Cartographie des donateurs et stratégie de mobilisation des ressources

Tableau XI : Résumé du budget par partenaire

Étiquettes de lignes	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**Total**
Etat						
USAID/PMI						
BID						
FM						
BAD						
BM						
UNICEF						
OMS						
Total disponible						
Total général						
A Rechercher						

7.2. Analyse des écarts budgétaires du Plan stratégique 2013-2017

Tableau XII : Résumé de l'analyse des écarts budgétaires

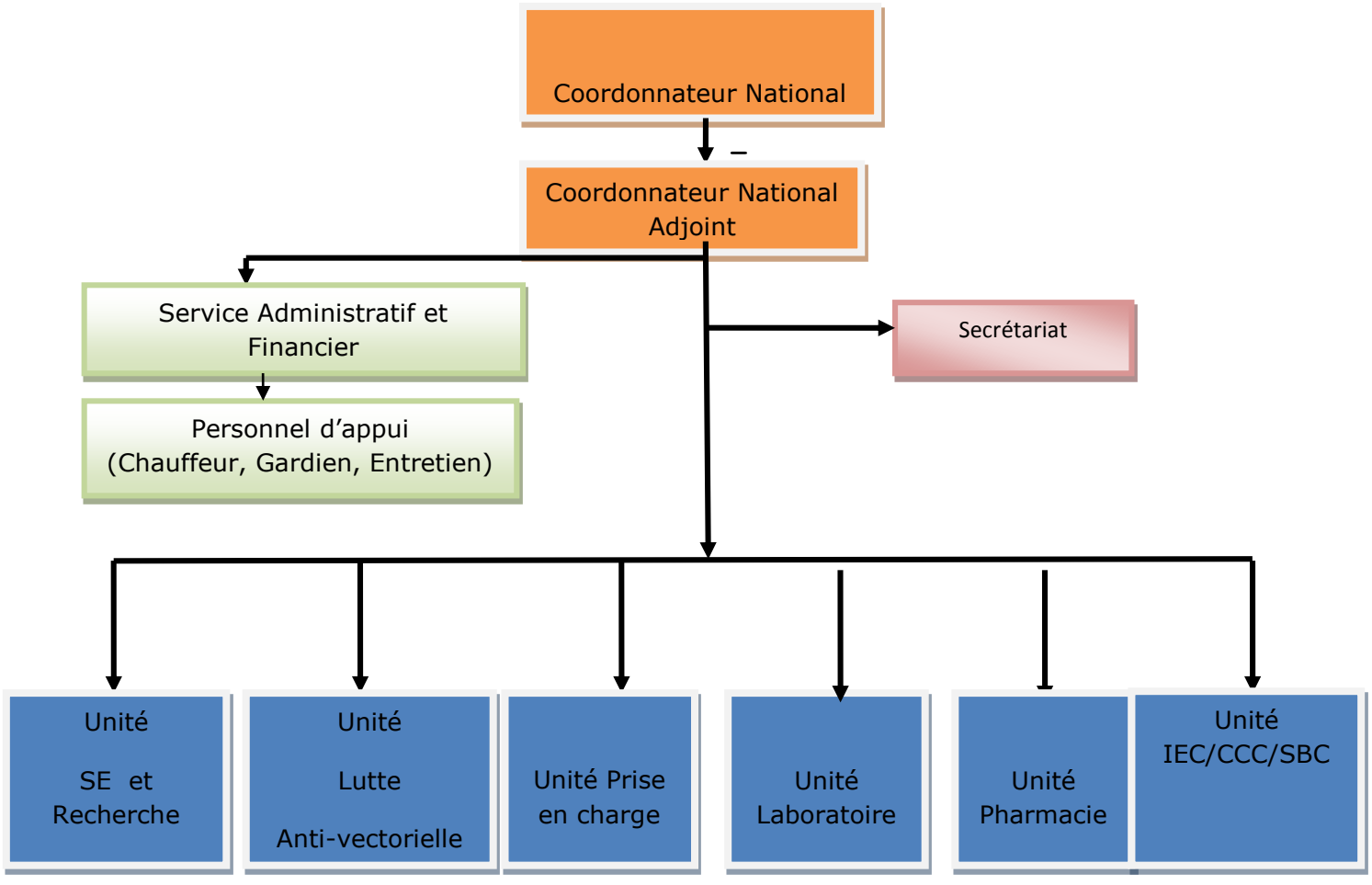
Sources financements	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**Total**
A. Budget total du Plan stratégique national	**64,712,001**	**29,772,391**	**31,182,006**	**83,730,289**	**33,022,434**	**242,419,120**
B. Ressources nationales actuelles et futures						
C. Ressources extérieures actuelles et futures						
D. Ressources totales actuelles et futures (B+C)						
E. Ecart financier (A-D)						

ANNEXES DU PLAN STRATEGIQUE

Annexe 1 : Références bibliographiques

- MSHP, République de Guinée, Plan National de Développement Sanitaire 2003-2012 ;
- MSHP/PNLP, Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2006-2010 ;
- MSHP/PNLP, Revue de performance du PNLP Guinée, 2012;
- Nations Unies, Millennium Declaration and the Millennium Development Goals, 2000
- Ministère du Plan, Institut National de la Statistique, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS-IV) GUINEE 2012 Rapport Préliminaire
- Organisation Mondiale de la Santé, Rapport Mondial du Paludisme, 2011 ;
- Roll Back Malaria, Actualisation des objectifs, cibles, jalons et priorités du Plan d'action mondial contre le paludisme (GMAP) au-delà de 2011
- Roll Back Malaria, Déclaration et Plan d'Abuja 2001-2005 pour Faire Reculer le Paludisme en Afrique, Abuja Nigéria, 25 Avril 2000 ;
- Roll Back Malaria, Faire Reculer le Paludisme dans la Région africaine: Cadre de mise en œuvre (AFR/RC50/12) ;
- Roll Back Malaria, Initiative Faire Reculer le Paludisme dans la Région Africaine. Directives de Suivi et Evaluation. OMS. Bureau Régional de l'Afrique Harare 2000
- Roll Back Malaria Partnership, Plan d'action mondial contre le paludisme : Pour un monde sans paludisme, 2008
- Roll Back Malaria Partnership : Plan stratégique mondial Faire reculer le paludisme 2005 – 2015, Avril 2005
- Union Africaine : Lutte contre le paludisme en Afrique : passage du contrôle à l'élimination au plus tard en 2010, 3ème session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine, 19 - 13 avril 2007 Johannesburg, Afrique du Sud ;

Annexe 2 : ORGANIGRAMME DU PNLP



B. Annexe 4 : Besoins en intrants antipaludiques

Type d'intrants	Quantité par an					
	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Acquisition de MILDA pour la campagne en 2013 et 2016	6,341,194			7,984,507		**14,325,701**
Acquisition de MILDA pour la distribution de routine **(PEV routine, CPN)**		894,367	949,391		1,044,331	**2,888,089**
Acquisition de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) pour le TPI chez la femme enceinte (4 doses / FE)	624,069	804268	884481	911900	1003090	**4,227,808**
Acquisition de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) pour le TPI chez le nourrisson			360,907	372,095	383,630	**1,116,633**
Acquisition de SP pour la CPS		364,231	375,523	387,164	399,166	**1,526,084**
Acquisition de AQ pour la CPS		1,092,694	1,126,568	1,161,491	1,197,497	**4,578,251**
Acquisition de TDR 49 652 778 pour le diagnostic biologique du paludisme au niveau des formations sanitaires (base d'estimation voir GAP ANALYSIS)	8,178,425	10,414,691	11,325,767	10,496,753	9,237,142	**49,652,778**
Acquisition de 4 416 301 TDR pour le diagnostic biologique du paludisme au niveau des formations sanitaires (publiques, privées) et des communautés (base d'estimation voir GAP ANALYSIS)	340,768	664,768	984,849	1,166,306	1,259,610	**4,416,301**
Acquisition de 21 523 567 Traitements CTA pour la PEC dans les FOSA (base d'estimation voir GAP ANALYSIS)	5921785.26	4552152.79	4441477.2	3477974.62	3130177.2	**21,523,567**
Acquisition de 2 738 951 Traitements CTA pour la PEC pour ACS (base d'estimation voir GAP ANALYSIS)	343291.899	426764.324	592196.96	724578.046	652120.24	**2,738,951**
Acquisition de 1606894 traitements Artesunate injectable pour la PEC du paludisme grave dans les FOSA (base d'estimation voir GAP ANALYSIS: 80 % des cas)	394,757	376,180	371,536	232,210	232,210	**1,606,894**
Acquisition de 198605 Traitements artésunate suppo pour le prétransfert des cas graves de paludisme de la communauté vers les FOSA	31,693	36,354	42,879	43,840	43,840	**198,605**
Acquisition de 677 372 traitements Quinine injectable pour la PEC du paludisme grave dans les FOSA (base d'estimation voir GAP ANALYSIS: 20 % des cas)	123,611	101,389	148,049	144,916	159,407	**677,372**
Acquisition de 6514250Traitements quinine comprimé pour la PEC du paludisme simple chez les femmes enceintes	1,084,801	1,188,331	1,297,238	1,411,756	1,532,124	**6,514,250**

BUDGET GLOBAL PAR DOMAINE D'INTERVENTION

1. LUTTE ANTIVECTORIELLE

Catégorie de coût	Période					Total
	2013	2014	2015	2016	2017	
Ressources humaines,	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Assistance technique et de gestion	0.00	85,000.00	0.00	0.00	0.00	85,000
Formation	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Produits et Equipements médicaux	36,144,805.80	5,137,891.90	5,451,528.70	45,551,689.90	5,992,686.70	98,278
Produits pharmaceutiques médicaments	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cout de gesion des achats et des stocks (GAS)	1,807,240.29	170,824.10	270,576.44	2,275,584.50	297,634.34	4,821,859
Infrastructures et autres équipements	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Matériel de communication	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Suivi & Evaluation	60,000.00	36,000.00	36,000.00	96,000.00	36,000.00	264,000
Soutien humain aux patients/Populations cibles N/A	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Planification et administration	3,181,585.50	277,622.64	3,247,832.77	13,397,633.71	7,494,355.06	27,599,029
Total	**41,193,631.59**	**5,707,338.64**	**9,005,937.90**	**61,320,908.10**	**13,820,676.10**	**131,048,492**

2. PREVENTION PALUDISME CHAZ LA FEMME ENCEINTE

Catégorie de coût	Période					Total
	2013	2014	2015	2016	2017	
Ressources humaines,	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Assistance technique et de gestion	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Formation	0.00	1,082,349.98	0.00	872,332.99	0.00	1,954,682.98
Produits et Equipements médicaux	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Produits pharmaceutiques médicaments	31,203.45	40,213.40	44,224.05	45,595.00	50,154.50	211,390.40
Cout de gesion des achats et des stocks (GAS)	1,560.17	2,010.67	2,211.20	2,279.75	2,507.73	10,569.52
Infrastructures et autres équipements	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Matériel de communication	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Suivi & Evaluation	0.00	20,662.97	0.00	20,662.97	0.00	41,325.94
Soutien humain aux patients/Populations cibles N/A	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Planification et administration	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total	**32,763.62**	**1,145,237.03**	**46,435.25**	**940,870.72**	**52,662.23**	**2,217,968.84**

3. CHIMIPREVENTION SAISONNIERE (CPS) ET TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT CHEZ LE NOURRISSON

Catégorie de coût	Période					Total
	2013	2014	2015	2016	2017	
Ressources humaines,	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Assistance technique et de gestion	0.00	15,000.00	0.00	0.00	0.00	15,000.00
Formation	0.00	209,660.58	192,078.98	0.00	0.00	401,739.56
Produits et Equipements médicaux	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Produits pharmaceutiques médicaments	0.00	0.00	18,045.37	18,604.77	19,181.52	55,831.66
Cout de gesion des achats et des stocks (GAS)	0.00	0.00	902.27	930.24	959.08	2,791.58
Infrastructures et autres équipements	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Matériel de communication	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Suivi & Evaluation	0.00	148,282.65	190,407.52	81,304.40	123,578.54	543,573.10
Soutien humain aux patients/Populations cibles N/A	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Planification et administration	0.00	152,002.22	800,000.00	800,000.00	800,000.00	2,552,002.22
Total	**0.00**	**524,945.45**	**1,201,434.14**	**900,839.41**	**943,719.14**	**3,570,938.13**

4. PRISE EN CHARGE DES CAS

Catégorie de coût	Période					Total
	2013	2014	2015	2016	2017	
Ressources humaines,	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Assistance technique et de gestion	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Formation	246,685.38	483,494	46,423	382,399.80	51,993.97	1,210,996.34
Produits et Equipements médicaux	7,257,320	9,433,547	10,480,031	9,929,607	8,938,247	46,038,751
Produits pharmaceutiques médicaments	4,199,618	3,530,268	3,600,455	2,988,570	2,803,753	17,122,664
Cout de gesion des achats et des stocks (GAS)	872,982	961,316	1,028,035	987,974	956,363	4,806,670
Infrastructures et autres équipements	0.00	177,748.57	177,748.57	177,748.57	177,748.57	710,994.29
Matériel de communication	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Suivi & Evaluation	12,131.49	0.00	12,131.49	0.00	12,131.49	36,394.46
Soutien humain aux patients/Populations cibles N/A	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Planification et administration	0.00	115,274	0.00	0.00	0.00	115,274
Total	12,588,737.49	14,701,647.39	15,344,823.99	14,466,299.34	12,940,236.76	70,041,745

5. URGENCES-LUTTE CONTRE LES EPIDEMIES

Catégorie de coût	Période					Total
	2013	2014	2015	2016	2017	
Ressources humaines,	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Assistance technique et de gestion	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Formation	0.00	43,955.00	0.00	0.00	0.00	43,955.00
Produits et Equipements médicaux	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Produits pharmaceutiques médicaments	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cout de gesion des achats et des stocks (GAS)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Infrastructures et autres équipements	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Matériel de communication	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Suivi & Evaluation	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Soutien humain aux patients/Populations cibles N/A	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Planification et administration	0.00	190,000.00	190,000.00	190,000.00	190,000.00	760,000.00
Total	**0.00**	**233,955.00**	**190,000.00**	**190,000.00**	**190,000.00**	**803,955.00**

6. INFORMATION EDUCATION COMMUNICATION-MOBILSATION SOCIALE

Catégorie de coût	Période					Total
	2013	2014	2015	2016	2017	
Ressources humaines,	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Assistance technique et de gestion	0.00	108,154.74	0.00	4,200.00	0.00	112,354.74
Formation	348,173.93	479,502.29	158,767.31	346,109.64	158,767.31	1,491,320.48
Produits et Equipements médicaux	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Produits pharmaceutiques médicaments	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cout de gesion des achats et des stocks (GAS)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Infrastructures et autres équipements	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Matériel de communication	124,092.86	0.00	258,157.66	0.00	124,092.86	506,343.37
Suivi & Evaluation	0.00	35,897.03	35,897.03	35,897.03	35,897.03	143,588.10
Soutien humain aux patients/Populations cibles N/A	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Planification et administration	2,479,665.03	2,538,246.89	2,479,665.03	2,486,258.13	2,479,665.03	12,463,500.09
Total	**2,951,931.81**	**3,161,800.95**	**2,932,487.02**	**2,872,464.79**	**2,798,422.22**	**14,717,106.78**

7. SUIVI EVALUATION ET RECHERCHERCHE OPERATIONNELLE

Catégorie de coût	Période					Total
	2013	2014	2015	2016	2017	
Ressources humaines,	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Assistance technique et de gestion	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Formation	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Produits et Equipements médicaux	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Produits pharmaceutiques médicaments	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cout de gesion des achats et des stocks (GAS)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Infrastructures et autres équipements	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Matériel de communication	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Suivi & Evaluation	268,000.29	3,334,433.96	1,136,728.33	1,958,386.21	1,399,751.33	8,097,300.13
Soutien humain aux patients/Populations cibles N/A	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Planification et administration	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total	**268,000.29**	**3,334,433.96**	**1,136,728.33**	**1,958,386.21**	**1,399,751.33**	**8,097,300.13**

8. GESTION DU PROGRAMME

Catégorie de coût	Période					Total
	2013	2014	2015	2016	2017	
Ressources humaines,	2,057.14	123,857.14	124,697.14	125,579.14	126,505.24	502,695.81
Assistance technique et de gestion	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Formation	38,000.00	485,090.48	340,921.36	412,654.29	340,921.36	1,617,587.49
Produits et Equipements médicaux	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Produits pharmaceutiques médicaments	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cout de gesion des achats et des stocks (GAS)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Infrastructures et autres équipements	9,384.68	311,706.11	749,384.68	164,384.68	63,313.25	1,298,173.39
Matériel de communication	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Suivi & Evaluation	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Soutien humain aux patients/Populations cibles N/A	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Planification et administration	85,853.56	273,398.96	38,654.86	130,608.86	36,896.70	565,412.94
Total	**135,295.38**	**1,194,052.69**	**1,253,658.04**	**833,226.97**	**567,636.55**	**3,983,869.64**

A. *Annexe 6 : Cadre de performance du plan stratégique 2013-2017*

	Indicateurs	Données de base			Cibles par années					Source/ Méthodes de collecte
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017	
Prise en charge des cas : Diagnostic et traitement										
1	Proportion des cas confirmés de paludisme ayant reçu un traitement antipaludique au niveau communautaire selon les directives nationales de lutte contre le paludisme	ND			80	85	90	90	90	SNIS Enquête de couverture EDS, MIS, MICS
2	Proportion des cas confirmés de paludisme ayant reçu un traitement antipaludique selon les directives nationales de lutte contre le paludisme au niveau des formations sanitaires	ND			90%	90	90	95	95	SNIS Enquête de couverture EDS, MIS, MICS
3	Proportion d'enfants de moins de <5ans ayant reçu un traitement antipaludique conforme aux normes nationales dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre	1%	2012	EDS /MICS-IV	30%	35%	40%	45%	50%	SNIS Enquête dans les formations sanitaires
4	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR et/ou GE) au niveau des formations sanitaires	ND	-	-	20%	25%	30%	35%	40%	Monitoring :SNIS Enquête dans les formations sanitaires

	Indicateurs	Données de base			Cibles par années					Source/ Méthodes de collecte
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017	
Prévention chez la femme enceinte.										
1	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu un TPI avec au moins 3 doses de SP lors des CPN dans les formations sanitaires	ND			50%	75%	85%	90%	90%	SNIS
2	Proportion de femmes ayant reçu au moins deux doses de SP pour TPI durant leur dernière grossesse	18%%	2012	EDS /MICS-IV		25%			60%	Enquête de couverture EDS, MIS, MICS
3	Proportion de femmes ayant reçu au moins trois doses de SP pour TPI durant leur dernière grossesse	ND				20%			35%	Enquête de couverture EDS, MIS, MICS
4	Proportion des femmes enceinte connaissant l'intérêt du TPI	ND			75%	80%	85%	85%	85%	Enquête de couverture EDS, MIS, MICS
Prévention chez l'enfant : TPIn										
1	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées bénéficiant de TPIE	ND	-	Etude de base	-	50%	75%	90%	100%	SNIS, MIS, Monitoring
Prévention chez l'enfant : chimioprévention saisonnière (CPS)										
1	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées bénéficiant de la CPS	ND		Etude de base	-	40%	60%	80%	100%	SNIS, MIS, Monitoring
Lutte antivectorielle : MILDA										

	Indicateurs	Données de base			Cibles par années					Source/ Méthodes de collecte
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017	
1	Proportion de ménages possédant au moins une MILDA	47,4%	2012	EDS/MICS-IV	90%	90%	90%	100%	100%	Enquête de couverture EDS, MIS, MICS
2	Proportion de personnes à risque de paludisme, tous âges confondus, ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	ND			80%	90%	90%	90%	90%	Enquête de couverture EDS, MIS, MICS
3	Proportion des femmes enceintes ayant dormis sous la MILDA la nuit précèdent l'enquête	27%	2012	EDS/MICS-IV	80%	80%	80%	80%	80%	Enquête de couverture
4	Proportion des enfants de moins de 5ans ayant dormis sous la MILDA la nuit précèdent l'enquête	29%	2012	EDS/MICS-IV	80%	80%	80%	80%	80%	EDS, MIS, MICS
5	Proportion de femmes enceintes à risque de paludisme ayant bénéficié d'une MILDA au cours de la distribution durant la CPN	ND	-	-	40%	60%	70%	80%	100%	ENQUETE DE COUVERTURE

Lutte antivectorielle : PID ;										
1	Proportion de ménages situés dans les zones ciblées pour la PID ayant bénéficié de la pulvérisation intra domiciliaire au cours des 12 derniers mois	ND	-		-	50%	65%%	75%	80%	Monitoring Enquête de couverture EDS, MIS, MICS
Lutte antivectorielle : Lutte antilarvaire										
1	Proportion des gites larvaires des zones ciblées couvertes par le LAL	ND			-	50%	65%	75%	80%	Rapport d'évaluation de la campagne
Gestion des achats et des Stocks (GAS)										
1	Proportion de formations sanitaires sans rupture de stock d'antipaludique et autres matériels essentiels (CTA, TDRs, SP, MILDA) pendant plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois.	ND			70%	80%	90%	100%	100%	Monitoring Enquête dans les formations sanitaires
2	Pourcentage des Établissements de soins ayant la capacité de faire des diagnostics par microscopies et/ou des tests de diagnostic rapide	ND			40%	80%	90%	100%	100%	Enquête dans les formations sanitaires
3	Pourcentage des ACS capacité de réaliser des tests de diagnostic	45%	2012	Rapport PMI	50%	80%	85%	95%	100%	Rapport de supervision, Enquête dans les formations sanitaires
Communication pour le changement de comportement-mobilisation sociale										
1	Proportion des personnes (qui connaissent la cause, les symptômes, les mesures préventives et le traitement du paludisme)	ND			50%	65%	75%	80%	90%	EDS Enquête CAP
2	Proportion des populations qui connaissent les avantages de l'utilisation des MILDA	ND			50%	65%	75%	80%	90%	Rapport enquête CAP

Gestion de Programme										
1	Proportion de districts sanitaires qui produisent des données de routine de qualité sur le paludisme dans tous les établissements publics, privés, associatifs, confessionnels et au niveau communautaire.	ND			80%	95%	100%	100%	100%	Rapport enquête CAP/ménages,
2	Indice de précision des données (différence entre la valeur constatée et la valeur publiée rapportée à la valeur constatée lors de vérification)	ND			80%	95%	100%	100%	100%	Rapport de supervision
3	Pourcentage du budget mobilisé par le PNLP auprès de l'Etat et des partenaires.	ND			60%	80%	85%	85%	85%	Plans PNLP Rapports financiers
4	Taux de décaissement et d'exécution du budget alloué	ND			60%	80%	85%	85%	85%	Rapports financiers
5	Taux de complétude et de promptitudes des rapports d'activités des structures contractant avec le PNLP (ONGs, Districts, autres)	ND			85%	85%	85%	90%	90%	Rapports d'activités du PNLP
6	Nombre de sites sentinelles fonctionnels pour le suivi de la résistance des antipaludiques, des vecteurs aux insecticides et de la pharmacovigilance des antipaludiques	0	2012	Rapport PNLP	5	10	10	10	10	Rapport spécifique Rapport de supervision
7	Nombre d'études réalisées sur l'efficacité des antipaludiques selon le protocole de l'OMS	0	2012		-	1	1	1	2	Rapport spécifique
8	Nombre de personnels formés sur le système de suivi/évaluation des activités du paludisme	ND				1132		1132		Rapport de formation
9	Pourcentage de prestataires de santé impliqués dans la PEC du paludisme ayant reçu au moins une visite de supervision au cours du trimestre	30%	2011	PNLP	30%	50%	65%	75%	85%	Rapport d'enquête et de supervision
10	Pourcentage d'Agents Communautaire de Santé ayant reçu au moins une visite de supervision au cours du trimestre	ND			50%	65%	75%	85%	100%	Rapport d'enquête et de supervision

Annexe 7 : Liste des participants à l'élaboration du plan stratégique 2013-2017

Numéro	Prénoms et Noms	Institution
1	Dr Moussa KEITA	Coordonateur National / PNLP
2	Dr Timothée GUILAVOGUI	Coordonateur National Adjoint PNLP
3	Dr Djantoun TRAORE	Pharmacienne PNLP MSHP
4	Dr Amadou Sadio DIALLO	Consultant
5	Dr Nouman DIAKITE	SE PNLP
6	Dr Mohamed Binne CAMARA	Pharmacien PNLP
7	Dr Souleymane DIAKITE	SE PNLP
8	Mme Cocker Kany CONDE	Prise en Charge PNLP
9	Dr Nene Oumou DIALLO	PNLP
10	M. Kekoro MAGASSOUBA	Comptable PNLP
11	Dr Youssoufa LO	MSH/ Assistant Technique PNLP
12	Dr KHARCHI Abdourrhamane	OMS Equipe Inter pays Burkina Fasso
13	Dr Siriman CAMARA	NPO/ATM-OMS Guinée
14	Dr Tata GAKOU	DSVCo
15	Dr Ibrahima Telly DIALLO	SNIS/BSD/MSHP
16	Dr HELAL Antoine	PCIMNE
17	Dr Ferida MARA	DNSFN/MSHP
18	Dr Diouhe Mamadou BARRY	DRS/Boke
19	Dr Abdoulaye Tounkourouma BALDE	DRS Labe
20	Dr Saa KOUNDOUNO	DRS/Faranah
21	Dr Fodé CISSE	DPS Dubreka

Numéro	Prénoms et Noms	Institution
22	Mohamed Lamine Aissata CAMARA	MSHP
21	Dr Aissata FOFANA	Stop Palu/RTI
22	Prof. HYJAZI Yolande	Stop Palu/RTI
23	Olivier BYICAZA	CRS
24	Dr Alphonse Vohou SAKOUVOGUI	Plan Guinée
25	Dr Sekou SOLANO	Plan Guinée
26	Dr Serigne DIAGNE	SIAPS
27	Dr Gassim CISSE	MCHIP/JHPIEGO
28	Dr Mamadou Dalaba DIALLO	Service Santé/Armées
29	Dr Sidikiba SIDIBE	Stop Palu/RTI
30	Dr Souro KAMANO	Stop Palu/RTI
31	M. Mamadou Bobo BARRY	Stop Palu/RTI
32	M. Lansana CAMARA	PSI
33	Dr Serigne Abdou DIAGNE	SIAPS