



REPUBLIQUE DE GUINEE

*Travail – Justice – Solidarité*



**MINISTRE DE LA SANTE**

**DIRECTION NATIONALE DE LA PREVENTION ET DE LA  
SANTE COMMUNAUTAIRE**

**Programme National de Lutte Contre le Paludisme**

***PLAN STRATEGIQUE  
NATIONAL DE LUTTE CONTRE  
LE PALUDISME 2018-2022***

*Février 2017*

# TABLE DES MATIERES

|   |    |
|---|----|
| AVANT-PROPOS .....  | 4  |
| REMERCIEMENTS.....  | 5  |
| LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES .....   | 6  |
| RESUME EXECUTIF .....   | 8  |
| 1 INTRODUCTION .....  | 12 |
| 2 PROFIL DU PAYS.....   | 13 |
| 2.1 Situation géographique .....  | 13 |
| 2.2 Système socio-politique .....   | 13 |
| 2.2.1 Situation administrative .....  | 13 |
| Figure 1: Carte administrative de la Guinée .....   | 13 |
| 2.2.2 Organisation du système de santé .....  | 14 |
| 2.2.3 Place de la lutte contre le paludisme dans les priorités nationales de développement..... | 15 |
| 2.2.4 Programme National de Lutte contre le Paludisme.....                                      | 15 |
| 2.3 Situation démographique .....   | 16 |
| 2.4 Écosystème, Environnement et Climat .....   | 16 |
| 2.5 Situation socio-économique.....   | 17 |
| 2.6 Analyse du système de santé.....  | 19 |
| 3 ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME .....  | 23 |
| 3.1 Historique de la lutte contre le paludisme.....   | 23 |
| 3.2 Profil épidémiologique.....   | 24 |
| 3.2.1 Parasites du paludisme .....  | 24 |
| 3.2.2 Vecteurs du paludisme .....   | 25 |
| 3.2.3 Dynamique de la transmission du paludisme et niveau d'endémicité .....                    | 26 |
| 3.2.4 Stratification et cartographie du paludisme.....  | 27 |
| 3.2.5 Morbidité et mortalité .....  | 31 |
| 3.3 Revue du Plan stratégique de lutte contre le paludisme.....                                 | 34 |
| 3.3.1 Principaux résultats de la lutte contre le paludisme .....                                | 34 |
| 3.3.2 Situation du financement du programme .....   | 36 |
| 3.3.3 Principales faiblesses de mise en œuvre .....   | 36 |
| 3.4 Défis du programme pour le futur PSN .....  | 38 |
| 4 CADRE STRATEGIQUE DU PSN .....  | 41 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 4.1   | Vision.....   | 41 |
| 4.2   | Mission.....  | 41 |
| 4.3   | Principes directeurs et valeurs.....  | 41 |
| 4.4   | Orientations stratégiques et priorités.....   | 41 |
| 4.5   | But du Plan Stratégique.....  | 42 |
| 4.6   | Objectifs du Plan stratégique .....   | 42 |
| 4.7   | Résultats attendus du Plan stratégique .....  | 42 |
| 5     | CADRE DE MISE EN OEUVRE DU PSN.....   | 44 |
| 5.1   | Description des interventions de lutte.....   | 44 |
| 5.1.1 | Objectif 1 : Assurer la protection d’au moins 90 % de la population avec des mesures de<br>préventions efficaces contre le paludisme. ....                                      | 44 |
| 5.1.2 | Objectif 2_Assurer une prise en charge correcte et précoce d’au moins 90% des cas de<br>paludisme. ....   | 47 |
| 5.1.3 | Objectif 3_Renforcer les capacités de gestion, de partenariat, de coordination, de<br>communication et de SE du Programme de lutte contre le paludisme à tous les niveaux. .... | 48 |
| 5.2   | Modalités de mise en œuvre du PSN .....   | 57 |
| 5.2.1 | Mécanisme de planification et de mise en œuvre .....  | 57 |
| 5.2.2 | Renforcement du système de santé .....  | 58 |
| 5.2.3 | Gestion des ressources financières.....   | 59 |
| 5.2.4 | Gestion et atténuation des risques .....  | 59 |
| 5.3   | Budgétisation du PSN .....  | 60 |
| 6     | CADRE DE SUIVI ET EVALUATION .....  | 64 |
| 6.1   | Cadre de performance .....  | 64 |
| 6.2   | Système de gestion des données .....  | 64 |
| 6.2.1 | Utilisation des données de routine .....  | 64 |
| 6.2.2 | Evaluation de l’impact .....  | 64 |
| 6.2.3 | Mécanismes de coordination du S&E.....  | 65 |
|       | Annexes.....  | 66 |

## AVANT-PROPOS

A l'échéance du Plan Stratégique de 3ème génération (2013-2017), le Ministère de la Santé, avec l'appui des partenaires, a procédé au deuxième semestre 2016 à la Revue de Performances du Programme de lutte contre le paludisme. 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 permis d'identifier les leçons apprises de la mise des interventions et de faire des recommandations pertinentes pour intensifier et qualifier la lutte contre le paludisme.

Les constats, conclusions et recommandations de la revue et le document de politique nationale de lutte contre le paludisme ont servi de base au développement du présent Plan Stratégique quinquennal 2018-2022. Il est le résultat d'un processus participatif impliquant les services techniques du Ministère de la Santé et des autres Ministères concernés, les partenaires techniques et financiers (OMS, RBM, USAID/PMI, UNICEF), les ONGs (RTI/STOPPALU, SIAPS, CRS, Plan Guinée, MSH/LMG, Child Fund, ...), le secteur privé, les acteurs de terrains (DPS, DRS) et les communautés (ACS, CSH, OBC..). Il a fait l'objet d'une validation par le gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers au cours de la cérémonie de signature de l'aide-mémoire présidée.

Dans le cadre de la vision « *Une Guinée sans paludisme pour un développement économique durable* », ce Plan Stratégique National a pour but d'amener le pays vers la pré-élimination à l'horizon 2022. Ses objectifs sont en adéquation avec la Politique Nationale de Santé, les axes stratégiques du Plan de Développement Sanitaire 2015-2024. Il est en conformité avec les engagements internationaux du gouvernement notamment les objectifs de la CDEAO, de l'Union Africaine, du Plan Mondiale d'Élimination du Paludisme de l'OMS/RBM 2016-2030 et de Développement Durable 2030 des Nations Unies.

Le Ministère de la Santé se réjouit de mettre à la disposition des parties prenantes ce cadre stratégique qui fixe les objectifs, définit 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.

**Le Ministre de la Santé**

**Dr Abdouhamane DIALLO**

## **REMERCIEMENTS**

Le présent Plan Stratégique National 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 remercie tous les acteurs grâce auxquels, le processus de revue des performances du PNL, de révision de la politique nationale de lutte contre le paludisme et d'élaboration du plan stratégique 2018-2022 a pu aller à son terme. Il s'agit particulièrement des services centraux et déconcentrés du Ministère de la Santé et des autres Ministères, des projets et des institutions de formation et de recherche et des communautés et tous les autres acteurs ayant contribué à l'élaboration de ce plan stratégique.

Nous adressons notre profonde gratitude à tous les partenaires bilatéraux et multilatéraux ainsi qu'aux organisations de la société civile et du secteur privé qui ont appuyé la mise en œuvre du PSN 2013-2017 et rendu possible, grâce à leur soutien technique, financier et matériel, la réalisation de ce travail. Il s'agit notamment du Fonds mondial de Lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, de l'USAID/PMI, de Roll Back Malaria (RBM), l'OMS, l'UNICEF, de l'OMVS, la BID et la JICA. Ces remerciements s'adressent aussi aux partenaires de mise en œuvre notamment CRS, RTI/STOPPALU, MSH/LMG, MSH/SIAPS, Childfund, PLAN Guinée.

Nous restons convaincus que le présent plan sera un cadre référence pour tous les acteurs de la lutte contre le paludisme en Guinée

## **LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES**

**ACS** : Agent Communautaire de Santé  
**CMC** : Centre Médical Communal  
**CPN** : Consultation Périnatale  
**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** : Artésunate Amodiaquine  
**TDR** : Test de Diagnostic Rapide  
**CHR** : Centre hospitalier régional  
**CTA** : Combinaisons Thérapeutiques à Base d'Artémisinine  
**SMIR** : Surveillance Intégrée 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 - Pyriméthamine  
**CPS** : Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier  
**MICS** : 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's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)  
**USAID**: Agence Américaine pour le Développement International  
**MCHIP/JHPIEGO** :Maternal And Child Health Integrated Program(Programme Intégré de la Santé Maternel et de l'Enfant)  
**RENALP** : Réseau National des ONGs de lutte contre le paludisme  
**UNFPA** : Fonds des Nations Unis pour la Population  
**UNITAID** : Financement innovant pour augmenter les fonds destinés aux programmes de santé.  
**SIAPS**: System for Improved Acces to Pharmaceutical Services

**LMG:** Leadership Management Gouvernance  
**RTI:** Reacherch Triangle Institute  
**JICA:** Japan International Coopération Agency

## RESUME EXECUTIF

La Guinée a élaboré et mis en œuvre trois Plans Stratégiques nationaux depuis son engagement dans l'initiative « Roll Back Malaria » en 1998. La Revue de Performance du Programme pour la période couverte par le PSN 2013-2017 a été réalisée en 2016. Cette revue a permis de dégager les forces, faiblesses, opportunités et menaces de la lutte contre le paludisme durant ces cinq dernières années, d'identifier les défis à relever et de définir les orientations stratégiques pour les cinq prochaines années.

Le présent Plan Stratégique National (PSN) 2018 à 2022 est conçu sur la base des leçons apprises de la mise en œuvre et des orientations stratégiques issues de cette revue. Ses objectifs sont en adéquation avec la Politique Nationale de Santé, les axes stratégiques du Plan de Développement Sanitaire 2015-2024, les Objectifs de Développement Durable (2030) des Nations Unies et les objectifs du Plan Mondiale d'Élimination du Paludisme de l'OMS/RBM 2016-2030.

Le PSN 2018-2022 entre dans le cadre de la vision du pays, "*Une Guinée sans paludisme pour un développement socioéconomique durable*". Les interventions prévues permettront la réalisation de la mission du Programme qui est d'assurer à toute la population un accès universel à des services de prévention et de prise en charge du paludisme de qualité conformément à la politique nationale de santé.

La mise en œuvre de ce plan se fera dans le respect des principes et des valeurs universels, à savoir la justice sociale, la solidarité, l'équité, l'éthique, la probité et la qualité. Il en est de même des principes directeurs basés 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.

En dépit de la faible performance du système de santé, durement éprouvé par l'épidémie à virus Ebola entre 2014-2015, le défi majeur du PNLP pour les cinq prochaines années est d'aller vers la pré-élimination du paludisme.

Le but du Plan Stratégique est d'amener le pays d'ici la fin 2022 vers la pré-élimination en réduisant la morbidité et la mortalité liées au paludisme de 75 % par rapport à 2016. Les objectifs sont les suivants : i) Assurer la protection d'au moins 90 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme ; ii) Assurer une prise en charge correcte et précoce d'au moins 90% des cas de paludisme ; iii) Renforcer les capacités de gestion, de partenariat, de coordination, de communication et de SE du Programme de lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

Il s'agira d'une part de capitaliser les acquis du PSN 2013-2017 et d'autre part d'identifier et mettre en œuvre des interventions novatrices à haut impact dans tous les domaines de la lutte contre le paludisme. Pour ce faire, les stratégies et interventions ont été adaptées aux différents faciès épidémiologiques du paludisme.

Pour atteindre ces objectifs, le plan vise la couverture universelle dans tous les domaines de la prévention et de la prise en charge du paludisme. Ces domaines se résument comme suit :

- **Prévention du paludisme** : les interventions suivantes seront développées :

**Lutte Antivectorielle Vectorielle (LAV)** : Pour assurer la couverture universelle en MILDA, le PNLP organisera deux campagnes de distribution de masse des MILDA (2019 et 2022) et poursuivra la distribution de routine ciblant les enfants de moins d'un an et les femmes enceintes reçus dans les services de vaccination et de consultation prénatale ; La distribution continue des MILDA sera aussi effectuée à travers les canaux scolaire, communautaire et privé pour maximiser le renouvellement des MILDA dans les ménages. Des approches spécifiques seront développées en collaboration avec les communes, le ministère de l'environnement, les ONG/OBC et les entreprises minières pour promouvoir la lutte anti larvaire à travers l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement du milieu. La PID, qui est jusqu'ici effectuée par les entreprises minières sans assistance technique du PNLP sera mise en œuvre sous forme de projet pilote en relation avec les institutions de recherche et les entreprises minières;

Toutes ces actions seront soutenues par des études entomologiques qui permettront d'établir la cartographie des vecteurs (distribution spatiale, infectiosité et sensibilité des vecteurs aux insecticides) et d'affiner le ciblage des interventions.

**La Chimio-prévention du paludisme saisonnier** déployée en 2015 et 2016 dans 8 districts, sera poursuivie et mise à échelle dans les zones éligibles conformément aux recommandations de l'OMS.

**Le Traitement Préventif Intermittent à la SP** chez la femme enceinte sera renforcé à travers une meilleure collaboration avec les services de la Santé de la Reproduction et avec l'implication accrue des acteurs communautaires (ACS, ONG/OBC, COSAH) afin d'obtenir une meilleure couverture des femmes enceintes en TPI3.

#### **Prise en charge des cas de paludisme :**

Le PNLP développera des mécanismes de renforcement de la qualité de la prise des cas dans toutes les structures, publiques, parapubliques (entreprises minières, services de santé des armées, sante scolaire) et privées et dans la communauté. S'agissant de la prise en charge au niveau communautaire, l'approche PECADOM sera renforcée en collaboration avec les ONG locales et les organisations communautaires en tenant compte des effets de l'épidémie à virus Ebola. Le renforcement de la collaboration avec la PCIMNE, les hôpitaux, la santé scolaire et les instituts de formation ainsi que l'intégration dans la lutte contre le paludisme du secteur privé à but non lucratif, de la chambre des mines de Guinée et des services de santé de l'armée, constituent les principaux axes d'intervention pour améliorer la qualité de la prise en charge du paludisme en Guinée.

Les protocoles et les directives actuels seront maintenus mais pourraient évoluer en fonction des résultats des études et enquêtes et des recommandations des institutions internationales (OMS, RBM).

#### **IEC/CCC/Mobilisation sociale :**

Le Programme, en collaboration avec les partenaires va renforcer les activités de communication de proximité avec les ACS/ONG/OBC et à travers les mass médias (radios communautaires et privées). Il mettra à l'échelle les initiatives novatrices comme « Ecolier contre le paludisme » et « Leaders religieux contre le paludisme » en tenant compte des leçons apprises des projets pilotes exécutés sur financement du Fonds Mondial en 2017.

Pour élargir les cibles de la communication à tous les secteurs, d'autres initiatives seront développées avec les ministères de la communication, de l'environnement, de l'éducation, de la promotion féminine et de l'enfance.

Au niveau central et opérationnel, la visibilité des interventions du programme sera améliorée à travers l'organisation annuelle des Journée mondiale de lutte contre le paludisme, la conception et la diffusion des affiches, spot, tee-shirt et autres outils promotionnels.

### **Suivi-évaluation:**

Conformément aux orientations du Ministère de la Santé, la collecte des données de routine sera intégrée dans le nouveau système de gestion des données du SNIS (DHIS2). Pour répondre aux exigences de la pré-élimination, le PNLP mettra un accent particulier sur la qualité des données à travers la révision des outils de collecte, la formation du personnel, la supervision, les audits de qualité des données, les retro-informations et les revues périodiques; Il renforcera le système de surveillance sentinelle pour collecter des données sur l'efficacité des antipaludiques, sur la sensibilité des vecteurs et sur la morbidité et la mortalité.

En collaboration avec les instituts de recherche et les partenaires, le PNLP réalisera des enquêtes et recherches opérationnelles pour mesurer l'efficacité et l'impact du programme mais aussi pour améliorer les prises de décisions sur la mise en œuvre ou les changements de stratégies de lutte contre le paludisme.

### **Gestion des achats et des stocks (GAS)**

Le PNLP en collaboration avec la PCG et les partenaires apportera des améliorations sur la chaîne d'approvisionnement en termes de sélection, de quantification des besoins, d'achat, de stockage et de distribution des intrants au niveau national et opérationnel y compris le niveau communautaire.

Le système d'information et de gestion logistique sera aussi amélioré avec le suivi des stocks, les commandes et la réalisation d'enquêtes comme l'EUV.

### **Gestion du programme**

A travers ce nouveau plan stratégique, le PNLP va intensifier la coordination, la planification, le partenariat, la gestion des ressources, le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et la gouvernance.

Ainsi, sur le plan de la coordination, les réunions de coordination des comités de suivi RBM (national, régionaux, préfectoraux) et les rencontres des groupes thématiques seront poursuivies et élargies à d'autres secteurs ou ministères intervenant dans la lutte contre le paludisme ;

Dans le domaine de la gestion des ressources humaines, le programme national va maintenir le personnel contractuel et les points focaux des districts et des régions et recrutera d'autres cadres; Il poursuivra aussi la formation diplômantes de ses cadres en fonction des insuffisances identifiées par la revue des performances du programme.

La régularité et la fréquence des plans d'action (annuels, trimestriels et mensuels) seront maintenues grâce au leadership du PNLP et impliquera toutes les parties prenantes.

Le partenariat amorcé depuis 2016 avec le secteur privé et la chambre des mines de Guinée sera renforcé et élargi à d'autres ministères comme celui de l'environnement, de l'enfance, de la communication, de l'éducation nationale et de la défense.

Le programme de développement de leadership mis en œuvre au niveau du PNLP et dans deux districts sera élargi à toutes les régions; Il visera à renforcer la transparence, la redevabilité, la responsabilisation et la gestion de l'information. Ces activités concerneront le PNLP et toutes les parties prenantes y compris les structures sanitaires, les Comité de Santé et d'Hygiène (CSH) et le niveau communautaire.

Les équipements et le fonctionnement du programme seront aussi assurés régulièrement par l'Etat et les Partenaires.

Toutes ces interventions seront adossées sur les plans de mobilisation des ressources, de renforcement des capacités et d'assistance technique budgétisés. Elles feront l'objet d'un suivi périodique et d'une évaluation annuelle qui impliqueront les services centraux du ministère de la santé, le PNLP, les partenaires et les DRS/DPS.

# 1 INTRODUCTION

Le paludisme est, de par sa morbidité et sa mortalité, le premier problème de santé publique en Guinée. En effet, 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. 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'analyse des données de routine permet de noter que le paludisme représente un des motifs fréquents de consultation. En moyenne, 934 165 cas de paludisme ont été notifiés chaque année de 2006 à 2016. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes représentent respectivement 37% et 5% de l'ensemble des cas de paludisme enregistrés entre 2014 et 2016.

Le nombre de décès liés au paludisme enregistrés dans les structures de santé varie de 1066 en 2014 à 867 cas en 2016.

Conscient de ce fardeau, le gouvernement a fait de la lutte contre le paludisme l'une des priorités du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024. C'est ainsi qu'il a adhéré à toutes les initiatives internationales de lutte contre le paludisme: les Objectifs de l'Union Africaine, les objectifs de Développement Durable 2030 des Nations Unies et les objectifs du Plan Mondiale d'Élimination du Paludisme de l'OMS/RBM 2016-2030.

Conformément aux orientations de l'OMS et de Roll back malaria, la Guinée a mis en œuvre depuis 2001 trois plans stratégiques quinquennaux de lutte contre le paludisme. A l'échéance du plan de troisième génération (2013-2017), le Ministère de la Santé, avec l'appui des partenaires au développement et les acteurs de terrain, a conduit en 2016 une revue des performances du programme de lutte contre le paludisme. Ce processus a permis d'identifier les forces, faiblesses, opportunités et menaces du PNLP et a abouti à des recommandations permettant de mieux orienter les stratégies et d'améliorer la mise en œuvre des interventions.

Le présent plan stratégique 2018-2022 qui découle de cette revue est en phase avec la Politique de lutte contre le paludisme et vise à amener le pays d'ici la fin 2022 vers la pré-élimination en réduisant la morbidité et la mortalité liées au paludisme de 75 % par rapport à 2016. Il représente un cadre de référence et un outil d'orientation pour tous les intervenants et partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme. C'est aussi un instrument de plaidoyer pour la mobilisation des ressources et de renforcement du partenariat autour d'un seul plan stratégique, un seul plan de suivi/évaluation et une seule coordination.

Après une description du profil du pays, du système de santé, de la situation épidémiologique du paludisme, une analyse de situation du paludisme et un résumé des résultats de la revue du programme, le Plan Stratégique National 2018-2022 définit le cadre logique (vision, mission, objectifs et stratégies), le cadre de mise en œuvre des interventions prévues, le budget et le cadre de suivi évaluation de la lutte contre le paludisme les cinq prochaines années .

## 2 PROFIL DU PAYS

### 2.1 Situation géographique

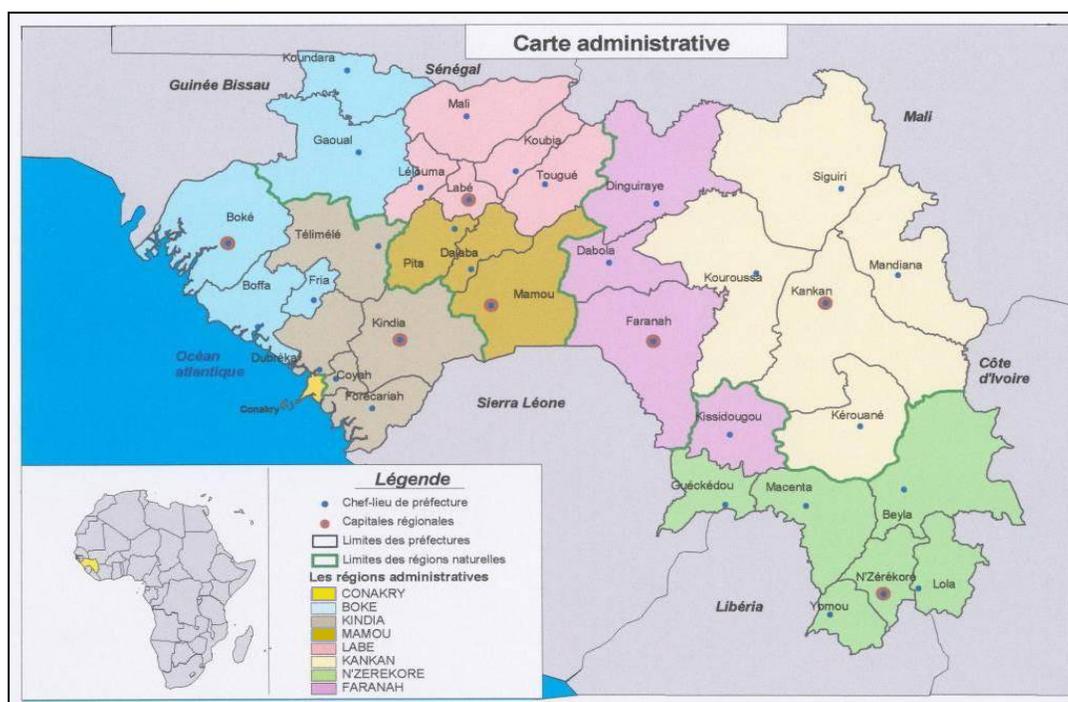
La République de Guinée est située en Afrique Occidentale, entre 7° et 12° latitude nord et 8° et 15° longitude ouest. Elle est limitée par la Guinée Bissau au nord-ouest, le Sénégal et le Mali au nord, la Côte d'Ivoire à l'Est, le Liberia et la Sierra Leone au sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Le 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 km<sup>2</sup>.

### 2.2 Système socio-politique

#### 2.2.1 Situation administrative

Au plan administratif, la Guinée est composée de 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 Guinée



## 2.2.2 Organisation du système de santé

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 sept Directions Régionales de la Santé (DRS) et la Direction de la santé de la ville de Conakry (DSVCo);
- le niveau périphérique qui est représenté par les 33 directions préfectorales (DPS) et les 5 directions Communales de la santé (DCS) de la ville de Conakry. Ces structures représentent les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé correspondant aux districts sanitaires.

Le système de santé est composé des secteurs public, privé et communautaire.

### a) Secteur 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 Centres et Postes de santé (CS/PS) qui constituent la structure sanitaire de base du système de santé. En 2016, selon le PNSD, il a été dénombré 925 Postes de Santé et 412 Centres de Santé.
- Le deuxième échelon de soins du district est l'hôpital préfectoral (HP) et les Centres Médicaux Communaux (CMC) de la ville de Conakry; il sert de référence pour les formations sanitaires du district. Il existe 26 Hôpitaux Préfectoraux et 8 Centres Médicaux Communaux en 2017.

**Le deuxième niveau** est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux Hôpitaux Préfectoraux. Les Centres Hospitaliers Régionaux sont au nombre de 7 en 2017.

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

En outre, les forces armées et les services de sécurité et la sante scolaire disposent de structures de prestations de soins au niveau de leurs unités: Centres Médico-Chirurgicaux des Armées et infirmeries de garnison, de police et de gendarmerie, infirmerie des écoles etc....

### b) Secteur privé associatif et confessionnel et secteur parapublic

**Le sous-secteur privé** comprend d'une part les structures médicales et d'autre part les structures pharmaceutiques et biomédicales. Il est constitué d'un sous-secteur privé à but lucratif et non lucratif (ONG et confessions religieuses). La particularité du privé lucratif est qu'il est fortement dominé par les structures informelles, tenues pour la plupart par du personnel paramédical. L'offre formelle se résume à 41 cliniques, 106 cabinets. Le secteur privé associatif et

professionnel représente une partie très importante de l'offre de soins particulièrement dans les villes. Son implication est 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. A ce jour, une trentaine de structures privées associatives sont intégrées à la lutte contre le paludisme

Le secteur minier regroupé au sein de la chambre des mines de Guinée dispose de 2 hôpitaux à Fria et Boké, de 5 centres médicaux à Siguiri, Dinguiraye, Sangaredi et Conakry (Simbaya, Hamdalaye). Un partenariat est établi depuis 2016 entre le PNLN et la Chambre des mines de Guinée pour renforcer la lutte contre le paludisme dans les entreprises minières.

**Le sous-secteur privé pharmaceutique** : Il est constitué par une (1) Unité de production de ME génériques, deux (02) Unités de production de médicaments à base de plantes médicinales, cinquante (50) sociétés grossistes répartiteurs, toutes basées à Conakry, 408 officines agréées dont 348 dans la capitale, 40 points de vente privés, 34 agences de promotion enregistrées.

**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 disponible les services de santé, aucune donnée n'est disponible sur les tarifs appliqués et surtout sur la qualité de ces services. Il met en péril la viabilité des structures officielles.

### **2.2.3 Place de la lutte contre le paludisme dans les priorités nationales de développement**

La lutte contre le paludisme représente une priorité élevée dans les actions du gouvernement. Elle est incluse dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Elle est appuyée par divers partenaires financiers et techniques.

Le Ministère de la santé assure le plaidoyer pour la lutte contre le paludisme à travers le Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024 dans lequel la lutte contre le paludisme est une priorité. Son engagement se traduit aussi par l'augmentation de la subvention des établissements de soins, la mise en place d'un fonds d'urgence qui prendra en compte le traitement des cas de paludisme grave à partir 2017 et l'appui à l'élaboration et à la mise à jour des documents normatifs du PNLN.

### **2.2.4 Programme National 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, quatre unités techniques, un organe consultatif de coordination (le comité RBM) et des groupes thématiques:

- Unité de Prise en charge, Formation et Chimio-prévention;
- Unité Prévention et Partenariat ;
- Unité Gestion des achats et des Stocks ;
- Unité Suivi/Evaluation.

Aux niveaux intermédiaire et périphérique, la gestion de la lutte contre le paludisme est intégrée 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 assurent le suivi de la mise en œuvre des

activités de prévention et de prise en charge au niveau des formations sanitaires et des communautés.

### 2.3 Situation démographique

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014 la population guinéenne est de 10.628.972 d'habitants avec une densité d'environ 43 habitants au km<sup>2</sup>. Cette population semble en deçà de la réalité. En effet, le dénombrement effectué en 2016, à l'occasion de la campagne nationale de distribution des MILDA, a donné une population de 15 386 261 habitants. Il faut noter que toute la population est à risque à cause de la transmission pérenne du paludisme.

Les femmes représentaient presque 52% de la population. La majorité de la population est jeune (44% sont âgés de moins de 15 ans) et vit en milieu rural (70%) presque exclusivement de l'agriculture et de l'élevage. La démographie est marquée par de fortes disparités régionales: Basse Guinée (20,4%), Moyenne Guinée (22,9%), Haute Guinée (19,7%), Guinée Forestière (21,7%) et la zone spéciale de Conakry (15,3%) de la population totale<sup>1</sup>. Seulement, 4% des guinéens ont plus de 65 ans et la taille moyenne des ménages est de plus de 6 personnes.

Le taux brut de natalité était de 34‰ en 2012 avec un indice synthétique de fécondité de 5,1. On note un taux de fécondité élevé aux jeunes âges, avec un taux de 146 ‰ à 15-19 ans, qui augmente rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum de 224 ‰ à 25-29 ans et qui se maintient à un niveau relativement élevé jusqu'à 30-34 ans où le taux se situe encore à 198 ‰. Les niveaux de mortalité adulte sont quasiment identiques chez les femmes et les hommes (4,9 et 4,7 décès pour 1 000). L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans<sup>2</sup>.

### 2.4 Écosystème, 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 3000mm.

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 en Afrique de l'Ouest (300 Km sur l'Océan Atlantique). Elle est la source de 13 fleuves qui arrosent les pays voisins 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** (Guinée Forestière et Moyenne Guinée): Elle est caractérisée par des torrents, des cascades et des chutes. Par exemple les chutes de Kinkon et les chutes de Kambadaga à Pita, les chutes de Sala à Labé, les chutes voile de la mariée à Kindia, les chutes de Bondabon ou " chien qui fume" à Dubreka, les cascades de Sarékali à Mali, la chute de Gubé à Kérouané, les chutes de kindoï, de Tinkisso et de Kankama à Faranah, les chutes de Yendé entre Guéckedou et Kissidougou.
- **Hydrographie des Régions plates** (Haute Guinée et Basse Guinée): Elle est composée de lacs, d'étangs, des mares, des marécages, des plages.... Par exemple la mare de Baro à Kouroussa, les mares de Dalaba, les plages du Milo à Kankan, les plages de Djoliba à Kouroussa, les plages de Baffing à Siguiri, les plages des îles de Loos (Room, Kassa, blanche), la plage Bel Air à Boffa, la plage Rogbanè à Conakry.

Ce climat expose la plus grande partie du pays à une transmission stable du paludisme avec des pics observés en saison hivernale. Dans la bande nord frontalière avec le Sénégal et le Mali, allant de la préfecture de Gaoual en Moyenne Guinée à celle de Mandiana en Haute Guinée la pluviométrie dure environ 4 mois avec une transmission saisonnière du paludisme de juin à Septembre.

La forte pluviométrie, la densité du réseau hydrographique, les aménagements hydroagricoles, les cultures agricoles péri domiciliaires et les risques d'inondations sont autant de facteurs qui favorisent la prolifération des vecteurs du paludisme.

S'agissant des milieux urbains notamment la ville de Conakry, malgré la forte pluviométrie la transmission du paludisme est plus faible à cause de l'écosystème peu favorable au développement des vecteurs.

## 2.5 Situation socio-économique

Les moteurs socio-économiques ou facteurs de risque de transmission du paludisme dans le pays:

- Les indicateurs de développement et pauvreté: niveau de PIB national par habitant, Indicateur de développement humain (IDH) et classement (PNUD), indice mondial de développement (Banque mondiale), population en dessous du seuil de pauvreté, taux d'alphabétisation, espérance de vie, taux de mortalité maternelle, taux de mortalité des moins de 5 ans;
- Répartition géographique de la pauvreté, l'analphabétisme, l'espérance de vie, taux de mortalité maternelle et le taux de mortalité chez les moins de 5 ans dans le pays et leurs relations avec la répartition du paludisme dans le pays;

- Activités économiques majeures et zones géographiques ciblées : agriculture, pêche, irrigation, exploitation minière, construction de routes, fabrication de briques
- Saisonnalité de la migration et des pratiques nomades en relation avec la transmission locale;
- Rôle des groupes de femmes et d'autres organisations sociales en particulier en relation avec la mobilisation sociale, des interventions à base communautaire, etc.
- Les conditions de logement dans les zones urbaines et rurales et leurs effets dans la distribution du paludisme et le déploiement des interventions de prévention;
- Infrastructure, communication: accessibilité des différentes zones par voie aérienne, terrestre ou le transport fluvial et leur effet sur le déploiement des interventions antipaludiques;
- D'autres pratiques sociales et culturelles qui peuvent conduire à la transmission du paludisme dans le pays.

La situation socioéconomique de la Guinée est marquée par la persistance de la pauvreté. En effet, les données de l'ELEP 2012 (Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté) indiquent que 55,2 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Le pays dispose d'importantes ressources naturelles. En dépit de ses énormes potentialités naturelles, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde. En 2014, elle a occupé le 179<sup>ème</sup> rang sur 186 pays à l'indice de développement humain durable (IDH) du PNUD.

Les résultats de l'EDS-MICS-IV 2012 ont montré que le risque de mortalité infanto – juvénile 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.

Selon l'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté (ELEP 2012), la proportion de ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté était de 55.2%. La pauvreté est avant tout un phénomène rural. L'incidence de la pauvreté dans ce milieu est de 64,7% contre 35,4% en milieu urbain. Concernant l'incidence de la pauvreté, les régions peuvent être classées en trois groupes. Un premier groupe comprenant les régions les plus affectées par la pauvreté. Il s'agit de la région de Nzérékoré (66,9%), Labé (65%), Faranah (64,8%), Kindia (62,5%) et Mamou (60,8%). Le second groupe est constitué par la région de Boké (58,9%) où l'incidence de la pauvreté avoisine la moyenne nationale. Le troisième concerne les régions les moins affectées : Kankan (48,7%) et Conakry (27,4%).

Une analyse croisée entre la distribution de la pauvreté et la prévalence du paludisme montre que la maladie est plus fréquente dans les zones rurales et les régions les plus pauvres. En effet selon les résultats de l'Enquête MICS-palu 2016, les régions les plus pauvres présentent une prévalence élevée du paludisme : Nzérékoré (58%), Faranah (41.2%), Mamou (40.1).

Selon l'ELEP 2012, les principales raisons de non fréquentation des structures santé sont les coûts élevés des consultations, l'automédication et la distance des formations sanitaires. L'analyse selon la région montre que c'est dans les régions administratives de Faranah, Nzérékoré et Mamou que le coût de la consultation constitue la principale raison de non consultation des structures de santé.

**Tableau 1:** Indicateurs socioéconomiques du pays

| Indicateurs  | Valeur                         |
|--|--------------------------------|
| Espérance de vie à la naissance (EDS IV, 2012)       | 58,9 ans                       |
| Taux d'alphabétisme global des adultes (2015) **     | 45.25                          |
| PIB par habitant **                                  | 531 \$USD (2015)               |
| Indicateur de développement Humain (IDH)             | 0.41                           |
| Classement sur la base de l'IDH (2015)               | 182 <sup>ème</sup> /188 pays*  |
| Taux de mortalité des enfants < 1 ans (EDS IV2012)   | 67‰                            |
| Taux de mortalité des enfants < 5 ans (EDS IV2012)   | 122‰                           |
| Taux de mortalité maternelle (EDSG IV2012)           | 724/100000 Naissances vivantes |
| Proportion d'accouchements assistés (EDS IV, 2012)   | 45% en 2012                    |
| Couverture CPN 1 (EDS IV, 2012)                      | 85%                            |
| Couverture en CPN 4 (EDS IV, 2012)                   | 57%                            |
| ISF (EDS IV, 2012)                                   | 5.1                            |
| % de Ménages vivants au-dessous du seuil de Pauvreté | 55.2% (ELEP -2012)             |

Sources : \* PNUD Rapport Mondial sur le Développement Humain 2014, \*\* <https://www.populationdata.net/pays/guinee/>

## 2.6 Analyse du système de santé

Les problèmes liés au système de santé identifiés dans le PNDS 2015- 2024 se résument ainsi qu'il suit :

- **Une insuffisance de la gouvernance politique** : insuffisance du cadre législatif et réglementaire, de la participation citoyenne, de la collaboration intersectorielle, du partenariat et de la contractualisation, de la lutte contre la corruption, du cadre de dialogue politique, de la responsabilité et de la redevabilité, absence d'encadrement du prix du médicament.
- **Une insuffisance de la gouvernance organisationnelle** : organigramme et carte sanitaire non adaptés aux défis actuels du système de santé, capacités institutionnelles et de leaderships insuffisants, absence de mise en œuvre des plans de déconcentration et décentralisation du secteur de la santé.
- **Une faible couverture des prestations de soins** : développement insuffisant de la santé communautaire, politique des SSP en panne dans le cadre de la décentralisation, absence de réformes hospitalières, absence de démarche qualité, infrastructures et équipements à mettre aux normes, maintenance inexistante, secteur privé lucratif et non lucratif parapublic et militaire non intégrés dans l'offre globale de soins, SBC insuffisamment développés (reconnaissance, formation, motivation, valorisation des AC, paquet de services, système de référence contre référence), Médecine traditionnelle et pharmacopée insuffisamment développées, Promotion de la santé et participation communautaire déficientes (hygiène personnelle, de l'habitat et environnementale, prévention des comportements à risque...).
- **Une insuffisance dans le processus de planification, de suivi et d'évaluation**
- **Une insuffisance dans la gestion des RHS** : Absence de système efficace de motivation/incitation à la productivité et à la fidélisation des professionnels de santé aux postes de travail ouverts dans les zones défavorisées ; opacité des procédures de nomination et d'accès aux bourses de formation ; système de recrutement des étudiants dans le système éducatif aveugle par rapport aux besoins du système de santé faute de

partenariat intersectoriel efficace ; opacité des procédures de sélection des candidats aux études médicales et paramédicale ; mauvaise répartition sur le territoire national par absence de plans de redéploiement du personnel, formation continue non adaptée aux besoins en termes de qualité des soins, absence de démarche qualité, absence de gestion axée sur les résultats, de redevabilité, de promotion de l'éthique professionnelle.

- **Un faible financement du secteur** : allocations publiques du secteur insuffisantes, absence de mutualisation du risque maladie, multiplicité et complexité des procédures; absence d'un cadre des dépenses à moyen terme; mode de budgétisation du MEF axé sur les moyens et non sur les objectifs; insuffisance de transparence sur toute la chaîne de gestion des ressources ; lourdeur administrative ; taux élevé de corruption (CPI<sup>3</sup> 2012: 24%, 154<sup>ème</sup> sur 174 pays.
- **Un faible système d'information sanitaire** : informatisation insuffisante, peu d'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), pas de contrôle de qualité des données, pas d'outils de suivi-évaluation, promptitude insuffisante de la transmission des données, pas d'analyse ni d'utilisation effective de l'information sanitaire pour la prise de décision à tous les niveaux.
- **Une Faible disponibilité des produits et technologies de santé** : pratiques illicites, médicaments contrefaits, PCG faible sur le plan technique, logistique, et financier, absence de transparence dans la passation des marchés, absence de pharmacovigilance et d'hémovigilance, système de logistique intégrée déficient.

Au total, le PNDS 2015-2024 a retenu trois problèmes prioritaires :

- Mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile élevée,
- Prévalence élevée des maladies transmissibles, des maladies à potentiel épidémique (Ebola, méningite, choléra, rougeole, etc.) et des maladies non transmissibles,
- Faible performance du système de santé qui se traduit plus spécifiquement par i) une faible couverture en services essentiels de santé de qualité dans le cadre de la réforme vers la couverture sanitaire universelle ; ii) le sous-financement du secteur santé avec faible financement de la santé par l'Etat, iii) la faible densité et la mauvaise distribution des ressources humaines de qualité ;iii) la faible disponibilité de médicaments, vaccins, équipements, produits médicaux et autres technologies de qualité ; iv) les informations et connaissances en santé non disponibles en temps réel pour les prises de décisions ;v) la mauvaise organisation et gestion des services de santé .

**Le défi majeur du système de santé** pour les années à venir est d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations des services de santé et le développement de la santé communautaire.

Pour relever ce défi, le système de santé doit faire face à : l'amélioration de la gouvernance du secteur, la disponibilité de ressources humaines de qualité et motivées, le renforcement des infrastructures et des équipements, l'adoption d'un financement adéquat et équitable, la disponibilité des médicaments, autres produits de santé de qualité et technologies médicales, le relèvement de l'efficacité du système d'information sanitaire et de la recherche.

## Contribution du système de santé à la lutte contre le paludisme

Le système de santé contribue à la lutte contre le paludisme et à son élimination à travers :

- La volonté politique renouvelée à soutenir la lutte contre le paludisme qui se traduit par l'inscription de la lutte contre le paludisme comme priorité dans le PNDS 2015-2024;
- La mise à disposition de ressources financières nécessaires mobilisées à partir du budget national et auprès des partenaires financiers (externes et internes) : augmentation de la part de la santé dans le budget national qui est passé de 3 % en 2013 à 8% en 2017 même si la part du paludisme reste encore très faible;
- La mise en place d'un fonds d'urgence qui prend en compte la prise en charge du paludisme grave au niveau des formations sanitaires;
- La mise à disposition de personnel de santé qui s'est traduit par le recrutement de nouveaux agents dans la fonction publique et le renforcement du niveau communautaire par l'enrôlement de nouveaux ACS;
- La mise en œuvre de la politique de gratuité pour améliorer l'accessibilité et l'utilisation des prestations préventives et curatives de lutte contre le paludisme
- Le renforcement des plateaux techniques pour le diagnostic biologique du paludisme (équipements et matériels de laboratoire, formation...);
- La mise en place d'une stratégie d'approvisionnement en intrants de lutte contre le paludisme pour assurer un accès équitable à toute la population à risqué par le renforcement de la PCG, des structures décentralisées et communautaires;
- L'amélioration de l'accès aux services par la construction de nouvelles infrastructures et l'intégration des postes de santé et du secteur privé dans la lutte contre le paludisme;
- Le renforcement de la gestion du programme en terme d'infrastructure (mise à disposition d'un nouveau siège pour le PNLP)
- Le renforcement du SNIS (mise en place du DHS2, Formation, équipements...) pour la production de données de qualité nécessaires au suivi/évaluation de la lutte contre le paludisme.

## Contribution de la lutte contre le paludisme à l'amélioration du système de santé

La mise en œuvre du PSN 2013- 2017 a contribué à renforcer le système de santé notamment dans les domaines ci-après:

- **Gouvernance leadership:** amélioration de la gouvernance du programme et de ses liens avec le Ministère de la Santé, la société civile et les partenaires ; mise en œuvre d'un programme de gouvernance dans les districts sanitaires de Conakry et Kindia ; mise en place des cadres de coordination au niveau régional et district ; renforcement du partenariat avec le secteur privé.
- **Infrastructures et équipements:** fournitures de microscopes et d'équipements/ matériels informatiques/internet aux formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé), régions et districts sanitaires.
- **Système d'Information Sanitaire:** La mise en œuvre du volet RSS/SNIS du projet financé par le Fonds Mondial/composante Paludisme a permis de renforcer considérablement la gestion de l'information sanitaire dans sa globalité (mise en place du DHS2 au niveau central et décentralisé, formation, révision des outils de collectes...);

- **Gestion des Approvisionnements et des Stocks:** le renforcement du Système d'approvisionnement en intrants antipaludiques des formations sanitaires et agents communautaires a permis l'atténuation des effets de l'épidémie Ebola sur le système de santé,
- **Système communautaire:** les ACS chargés de la lutte contre paludisme contribuent à la mise en œuvre d'autres interventions de lutte contre la maladie (PEV, Tuberculose, VIH, maladies tropicales négligées...).

## 3 ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

### 3.1 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 d'insecticides. 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. A l'image des autres pays, la mise en œuvre de la lutte antivectorielle n'a pas permis l'objectif ambitieux de l'éradication du paludisme
- **1975** : Avec l'appui de l'OMS, mise en place des zones d'application dans les localités de Bentourayah et de Béréiré dans les districts sanitaires de Coyah et de Forécariah à des fins d'études entomologiques et parasitologiques qui ont permis d'identifier et de cartographier les vecteurs et les parasites du paludisme. .
- **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 Téliélé
- **1987** : Lancement du PEV/SSP/ME dont les interventions essentielles ont contribué au renforcement du système de santé permettant ainsi de mettre à échelle la prise en charge des cas de paludisme, 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 et du plan stratégique de 1<sup>ère</sup> 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). La faiblesse du système de santé, les difficultés de mise en œuvre et la faiblesse de financement malgré l'obtention de la première subvention du Fonds Mondial (R2 en 2003) n'ont pas permis d'atteindre l'objectif fixé.
- **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.
- **2005** : Suite à l'apparition et l'extension de la chloroquino-résistance, révision de la politique et adoption des CTA pour le traitement des cas simples et du TPI à la SP pour la prévention chez la femme enceinte.

Elaboration du plan stratégique de 2<sup>ème</sup> génération (2006-2010) : le pays a souscrit à la Déclaration d'Abuja de 2006 sur l'accès universel aux soins/services sociaux de base. Obtention de la deuxième subvention du Fonds mondial (R6) pour le financement de la mise à échelle des CTA, des TDR et des MILDA

- **2008** : Révision et adoption du document de politique nationale de lutte contre le Paludisme et mise en place des CTA dans les formations sanitaires publiques
- **2009** : organisation de la première campagne de distribution de masse des MILDA intégrée à la vaccination contre la rougeole et distribution de Vitamine A.

La mise en œuvre du plan stratégique 2006- 2010 a permis la mise à échelle des CTA et du TPI mais les difficultés rencontrées n'ont pas permis d'introduire les TDR et la distribution de routine des MILDA.

- **2010** : Obtention de la troisième subvention du Fonds Mondial (R10), qui a été consolidé en 2013 avec la subvention du NFM.
- **2012-2016** : Première Revue de Performance du programme aboutissant à l'élaboration du plan stratégique de 3<sup>ème</sup> génération 2013-2017 dont la mise en œuvre a permis la mise à échelle jusqu'au niveau communautaire du diagnostic par le TDR, de la prise en charge des cas simples par les CTA et des cas graves par les dérivés de l'Artémisinine. Il a également permis le renforcement de la prévention par l'organisation de deux campagnes nationales de distribution de masse des MILDA, la mise à échelle de la distribution de routine en CPN, le renforcement du TPI et la mise en œuvre de deux campagnes de Chimio-prévention du paludisme saisonnier dans 8 districts sanitaires.

## 3.2 Profil épidémiologique

Le paludisme sévit en Guinée à l'état d'endémie stable à recrudescence saisonnière dans l'ensemble des régions du pays.

Dans la bande nord frontalière avec le Sénégal et le Mali, allant de la préfecture de Gaoual en Moyenne Guinée à celle de Mandiana en Haute Guinée la pluviométrie dure environ 4 mois avec une transmission saisonnière du paludisme de juin à Septembre.

La forte pluviométrie, la densité du réseau hydrographique, les aménagements hydroagricoles, les cultures agricoles péri domiciliaires et les risques d'inondations sont autant de facteurs qui favorisent la prolifération des vecteurs du paludisme.

S'agissant des milieux urbains notamment la ville de Conakry, malgré la forte pluviométrie la transmission du paludisme est plus faible à cause de l'écosystème peu favorable au développement des vecteurs.

### 3.2.1 Parasites du paludisme

Sur la base des études effectuées précédemment jusqu'en 2012, la répartition des espèces montrait que le *Plasmodium falciparum* (98%) était l'espèce dominante. Les autres espèces rencontrées sont *Plasmodium malariae* 1,5% et *Plasmodium ovale* 0,5%.

Le rapport de contrôle de qualité externe des lames de l'EDS 2012 a donné les résultats ci-après :

- *Plasmodium falciparum* 91.7% ;
- *Plasmodium malariae* 3,3% ; Ou
- *Plasmodium ovale* 0,13%.
- *Plasmodium falciparum*+ *Plasmodium malariae* : 4.7 % Ou
- *Plasmodium falciparum*+ *Plasmodium ovale*: 0.13 %

Au total l'espèce dominante est le *Plasmodium falciparum* avec 96, 53 %.

Le suivi de la sensibilité des parasites aux médicaments antipaludiques au niveau des sites sentinelles a été assuré à travers plusieurs études ayant montré la chloroquino résistance qui avait atteint 28% en 2001 à Nzérékoré.

En ce qui concerne les CTA deux études ont été menées, une en 2014 à Dabola dont les résultats ont montré un niveau d'efficacité supérieur à 98% pour AL et ASAQ et une seconde en 2016 au niveau des sites de Mafereinya et Labé qui a trouvé une efficacité de 96% pour ASAQ et 93% pour AL.

La SP, utilisée pour le TPIg et la combinaison SP/AQ, utilisée dans la Chimio-prévention n'ont pas fait l'objet d'études d'efficacité.

### 3.2.2 Vecteurs du paludisme

Selon les données disponibles, le vecteur principal du paludisme est *Anophèles gambiaes.l.* Il est rencontré sur toute l'étendue du pays avec des densités variant selon les écosystèmes et les saisons. Des pics sont enregistrés en saison pluvieuse. Le complexe *Anophèles gambiae* est composé de *Anophèles gambiae s.s.*, *Anophèles coluzzii*, *Anophèles arabiensis* et *Anophèles melas* sur le littoral maritime et les zones de mangrove. Le complexe *Anophèles funestus* est présent également, mais paraît être moins nombreux que le complexe *Anophèles gambiae* dans les études publiées jusqu'à présent. Peu d'études ont été réalisées à ce jour pour déterminer la composition du complexe *Anophèles funestus*.

Le statut de la résistance des vecteurs du paludisme a été récemment évalué avec les bios essais et les marqueurs moléculaires de résistance (kdr et Ace1). Le suivi entrepris par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) en collaboration avec CDC Atlanta a permis de détecter la résistance des *Anophèles gambiae s.l.* aux pyrethrinoides et au DDT ainsi que la présence répandue de la mutation kdr. La mutation Ace1R a été détecté mais à faible proportion [CDC : novembre 2016].

Peu d'informations sont disponibles sur l'*Anophèles funestus*, mais les bio essais avec *An. funestus s.l.* réalisés selon le protocole OMS ont trouvé une sensibilité à la Deltaméthrine et au Malathion même si les doses utilisées ne sont pas spécifiées (AngloGold Ashanti, 2007).

Les résultats enregistrés ont démontré une sensibilité des vecteurs à la Deltaméthrine et au Bendiocarb comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 2 :** Bio essais effectué avec *Anophèles gambiae s.l.* en Guinée 2014

| Site        | Deltamethrin<br>0.05% | Permethrin<br>0.75% | Alphacypermethrin<br>0.1% | Lambdacyhalothrin<br>0.05% | DDT<br>4% | Bendiocarb<br>0.1% |
|-------------|-----------------------|---------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|--------------------|
| Boke        | 86 (45)               | 88 (42)             |                           |                            | 44 (45)   | 100 (45)           |
| Kissidougou | 100 (42)              | 18 (40)             | 58 (40)                   | 61 (43)                    | 28 (44)   | 87 (45)            |
| Faranah     | 100 (75)              | 43 (75)             |                           |                            | 31 (75)   | 100 (75)           |

La résistance au DDT, à la perméthrine, l'alphacyperméthrine et la lambdacyhalothrine a été constatée dans tous les sites testés. On note une résistance à la deltaméthrine uniquement à Boké et au bendiocarb à Kissidougou. En outre, en 2016, les résultats des tests de sensibilité réalisés dans les préfectures de Faranah, Dabola et Mamou ont montré une sensibilité des vecteurs au Pirimiphos – méthyl (100%) et au Propoxur (98%). Ces différents produits sont vendus dans le commerce sous forme de bombe aérosol et en serpent. Les communautés utilisent ces produits pour se protéger contre les piqûres de moustiques et les nuisances. D'une manière générale il y a

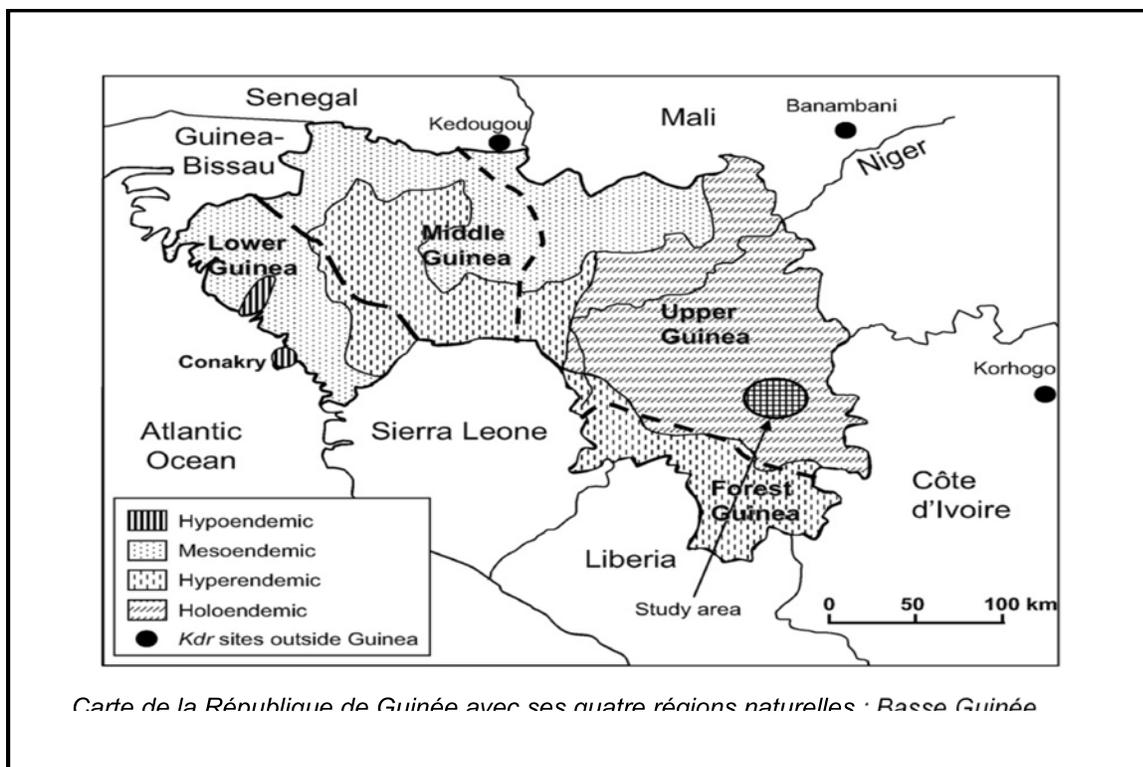
lieu de tenir compte de la pression insecticide du fait de l'utilisation des pesticides dans l'agriculture.

La mise en place d'un laboratoire de biologie moléculaire et d'un insectarium fonctionnel en 2016 à l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry permettra de mener des analyses spécifiques pouvant permettre de déterminer la composition spécifique, la distribution et les mécanismes de résistance des vecteurs aux insecticides.

### **3.2.3 Dynamique de la transmission du paludisme et niveau d'endémicité**

La description de l'endémicité faite par la revue du Programme en 2012 montrait que la Guinée comprenait quatre zones d'endémicité (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 de Kamsar). Le vecteur prédominant est *Anophèles melas*. La prévalence parasitaire était de 3% selon l'EDS 2012
- Une zone méso endémique, qui concerne la partie nord frontalière avec le Sénégal et le Mali, à pluviométrie faible où le vecteur majeur est *Anophèles funestus* et la façade atlantique à pluviométrie élevée où domine *Anophèles melas*. La prévalence parasitaire variait entre 24% à Boké et 37% à Labé selon l'EDS 2012.
- Une zone hyper endémique qui s'étend du Sud-Est de la basse Guinée à la forêt tropicale guinéenne (Frontière avec le Liberia et la Côte d'Ivoire). Il s'agit d'une zone de forte pluviométrie (6 à 10 mois de pluie). Le vecteur dominant est *Anophèles gambiae ss*. La prévalence parasitaire variait entre 47% à Mamou et 50% à Kankan selon l'EDS 2012.
- Une zone holo endémique située en Haute Guinée, zone de savane et de plaine fortement irriguée à pluviométrie moyenne. Les vecteurs dominants sont *Anophèles funestus* et *Anophèles arabiensis*. La prévalence parasitaire variait entre 55% à Kindia, 59% à Nzérékoré et 66% à Faranah selon l'EDS 2012.

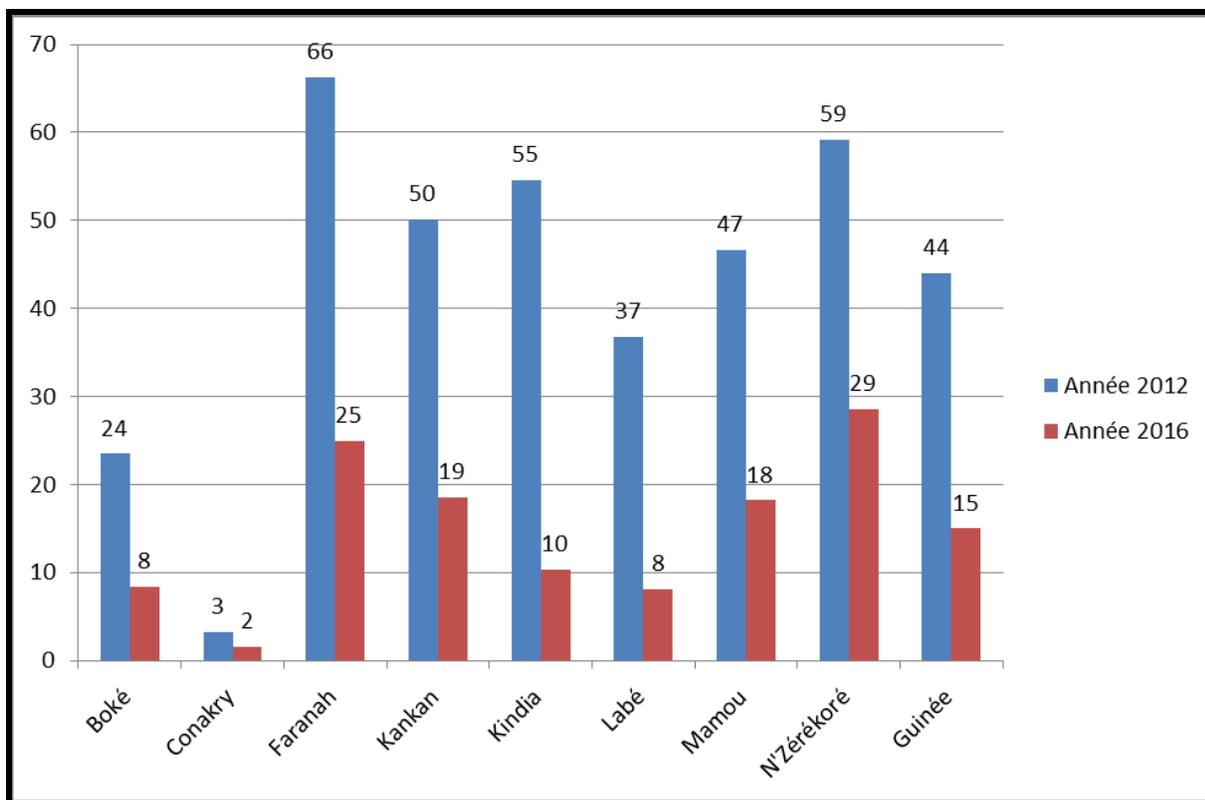


**Figure II:** Cartographie du niveau d'endémicité du paludisme en république de Guinée [Carnevale et al 2010].

Entre 2012 et 2016, les niveaux d'endémicités ont évolués du fait, entre autres des interventions de lutte notamment la couverture universelle en MILDA, l'organisation des campagnes CPS et la mise à échelle de la prise en charge des cas par les CTA. La nouvelle stratification et la cartographie du paludisme décrites au chapitre ci-dessous montrent les modifications des niveaux d'endémicité dans le pays.

### 3.2.4 Stratification et cartographie du paludisme.

Entre 2012 et 2016 la prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans a connu des changements notables. Le graphique ci-après présente l'évolution de la prévalence parasitaire (en %) par région entre 2012 (EDS IV-2012) et 2016 (MICS-Palu 2016).



**Figure III :** Evolution de la prévalence parasitaire (GE) par région de 2012 à 2016 en Guinée.

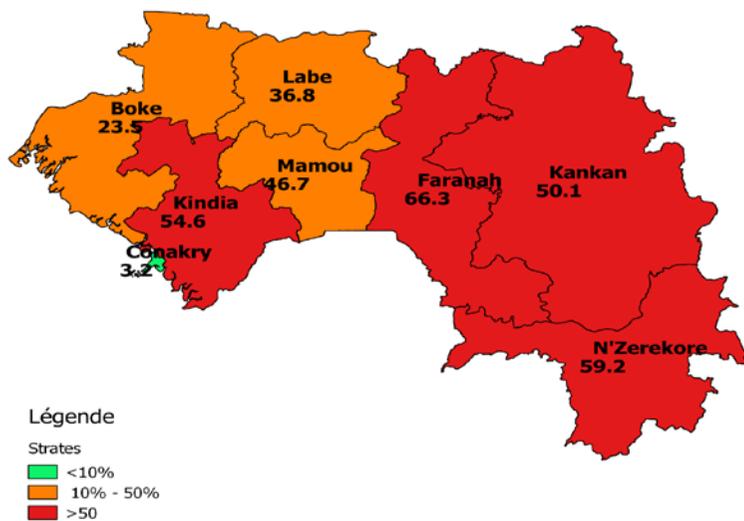
Globalement la prévalence parasitaire a fortement baissée passant de 44% en 2013 à 15% en 2016. Le graphique suivant présente l'évolution des niveaux d'endémicité dans le pays entre 2012 et 2016.

Le tableau 3 décrit les changements de niveau d'endémicité et de réduction de la prévalence par région survenu entre 2012 et 2016.

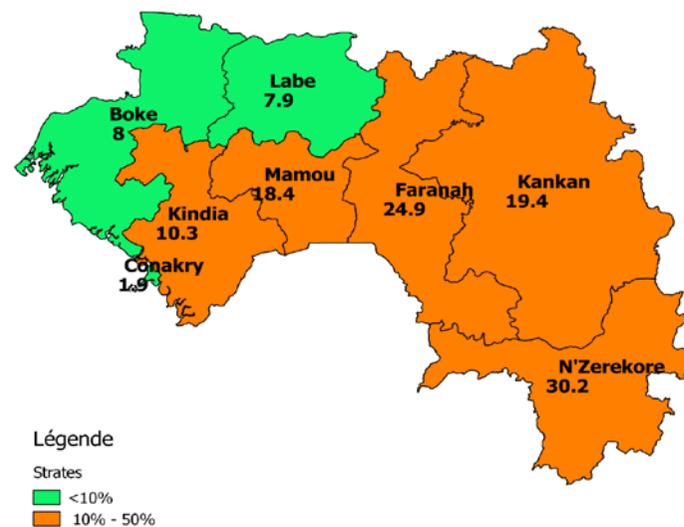
**Tableau 3 :** Evolution des niveaux d'endémicité par région entre de 2012 à 2016 en Guinée

| Strates   | EDS 2012     |                        | MICS PALU 2016 |                        | Niveau de réduction (Valeur absolue et %) |
|---|--------------|------------------------|----------------|------------------------|---|
|   | Régions      | Prévalence parasitaire | Régions        | Prévalence parasitaire |   |
| <b>Strate 1 :</b> Haute transmission (PP> 50%)      | Faranah,     | 66,3                   |                |                        |   |
|   | Kankan       | 50,1                   |                |                        |   |
|   | Kindia,      | 54,6                   |                |                        |   |
|   | Nzérékoré,   | 59,2                   |                |                        |   |
| <b>Strate 2</b><br>Transmission modérée (PP 10-50%) | Mamou,       | 46,7                   | Mamou          | 18,4                   | 28,3 (61%)                                |
|   | Labé,        | 36,8                   | Faranah        | 24,9                   | 41,4 (62%)                                |
|   | Boké         | 23,5                   | Kankan         | 19,4                   | 30,7 (61%)                                |
|   |              |                        | Kindia         | 10,3                   | 44,3 (81%)                                |
|   |              |                        | Nzérékoré,     | 30,2                   | 29 (49%)                                  |
| <b>Strate 3</b><br>Transmission Faible (PP<10%)     | Conakry      | 3,20                   | Conakry        | 1,9                    | 1,3 (41%)                                 |
|   |              |                        | Labé           | 7,9                    | 28,9 (79%)                                |
|   |              |                        | Boké           | 8                      | 15,5 (66%)                                |
| <b>Pays</b>   | <b>43,90</b> |                        | <b>15,30</b>   |                        | <b>28,6 (65%)</b>                         |

EVOLUTION DES NIVEAUX D'ENDEMICITE PAR REGION : 2012



EVOLUTION DES NIVEAUX D'ENDEMICITE PAR REGION : 2016



**Figure IV:** Evolution de la prévalence parasitaire du paludisme par région chez les enfants de 6-59 mois en Guinée de 2012 (EDS2012) à 2016 (MICS Palu 2016).

Selon l'EDS-MICS 2012 et le MICS-PALU 2016, la prévalence parasitaire a baissé de 44% à 15% en Guinée soit une baisse de 65%. Chacune des huit régions du pays a enregistré une baisse d'au moins 40% de la prévalence parasitaire. La baisse la plus importante a été notée à Kindia (81%). Les quatre régions de la strate de haute transmission (Faranah, Kindia, Kankan, Nzérékoré) sont toutes passées dans la strate de transmission modérée avec des baisses significatives de la prévalence (de 49% à Nzérékoré à 81% à Kindia). Les régions de Labé et de Boké sont passées de la strate de transmission modérée à la strate de transmission faible avec des réductions de la prévalence de 79% et 66 % respectivement.

### 3.2.5 Morbidité et mortalité

Compte tenu de l'endémicité, toute la population guinéenne est à risque vis-à-vis du paludisme. Les groupes vulnérables tels que les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes courent un risque plus élevé de contracter le paludisme et d'être gravement atteints.

- **Morbidité**

L'analyse des données des structures sanitaires et de la communauté (Tableau 4) permet de noter que le paludisme représente une des causes les plus fréquentes de consultation. En moyenne, 934 165 cas de paludisme ont été notifiés chaque année de 2006 à 2016.

Le Tableau 4 présente l'évolution du nombre de cas enregistrés dans les formations sanitaires les trois dernières années.

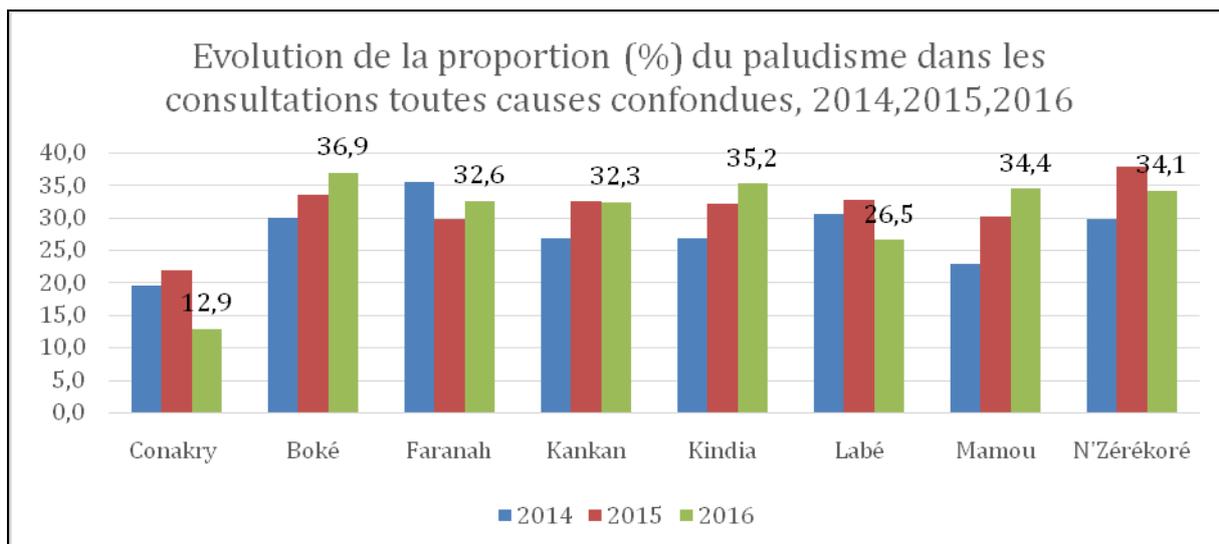
**Tableau 4 :** Evolution de la situation du paludisme en Guinée de 2014-2016

| Année | Total affections toutes causes | Paludisme | Part du paludisme dans la morbidité générale (%) |
|-------|--------------------------------|-----------|--|
| 2014  | 2376361                        | 654328    | 28%  |
| 2015  | 2827088                        | 895016    | 32%  |
| 2016  | 3211981                        | 992146    | 31%  |

Les données montrent qu'au cours des trois dernières années environ un tiers des consultations sont dues au paludisme.

En fonction des régions, on note une certaine disparité de la part du paludisme dans les consultations (Figure V).

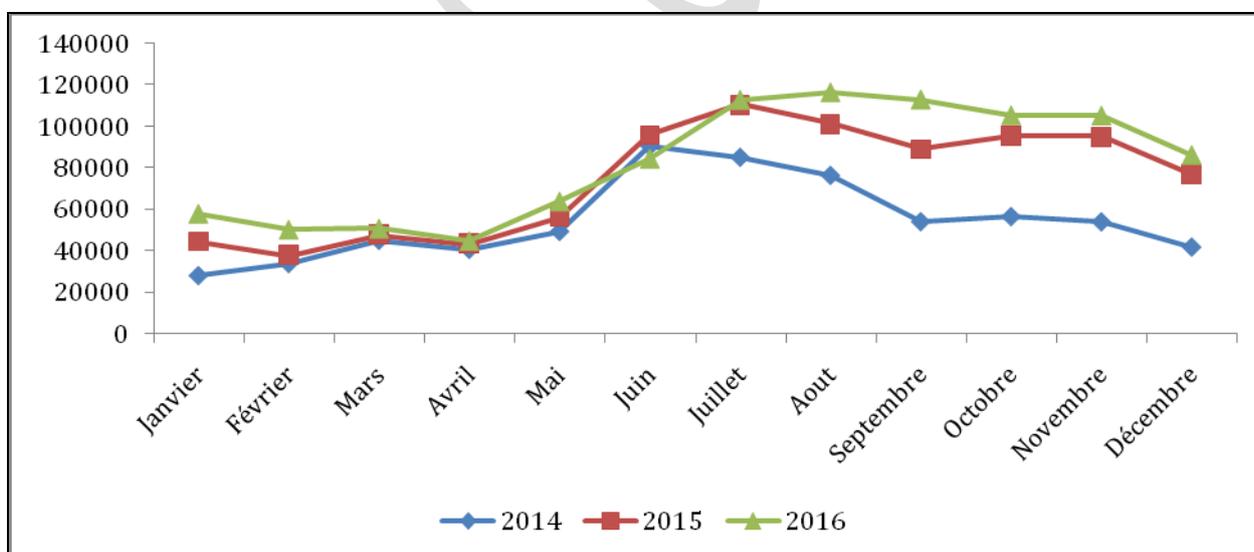
En 2015 et 2016, l'augmentation de la part du paludisme dans la morbidité général pourrait s'expliquer par le diagnostic de présomption au niveau communautaire recommandé par l'OMS avec la survenue de l'épidémie d'Ebola et par la complétude des rapports qui s'est nettement améliorée



**Figure V :** Evolution de la proportion de paludisme dans les consultations en fonction des régions en Guinée, 2014-2016.

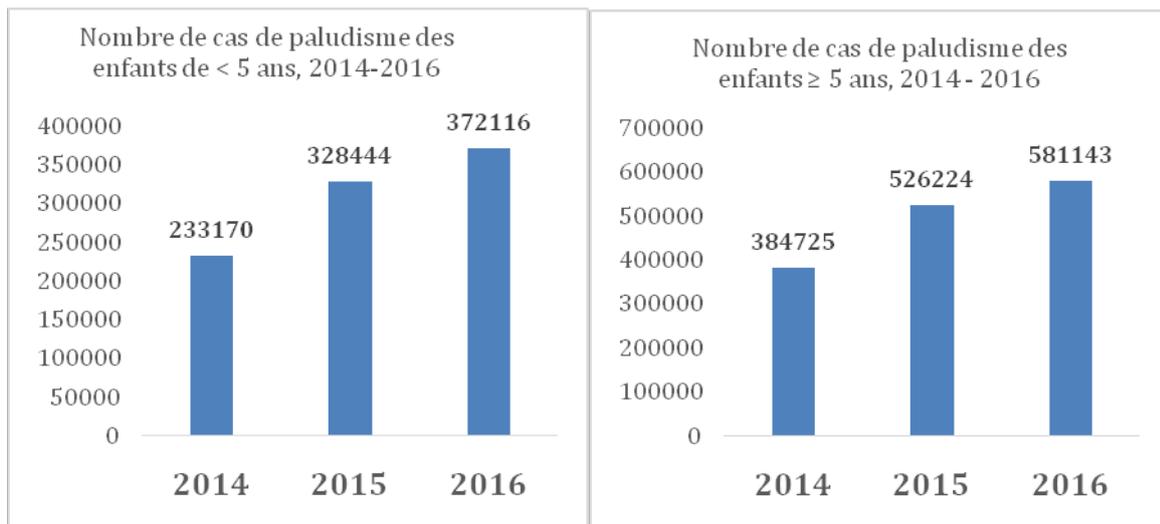
Quelle que soit l'année, c'est dans la région de Conakry que la place du paludisme dans les consultations est la plus faible. La part du paludisme dépasse le quart de consultations dans toutes les autres régions. Les proportions les plus élevées a été observée à Faranah en 2014 (35,4%), Nzérékoré en 2015 (37,8%) et Boké en 2016 (36,9%).

L'évolution mensuelle du nombre de cas dans les structures sanitaires de 2014 à 2016 (Figure VI), montre des pics entre les mois de juin et novembre de chaque année.

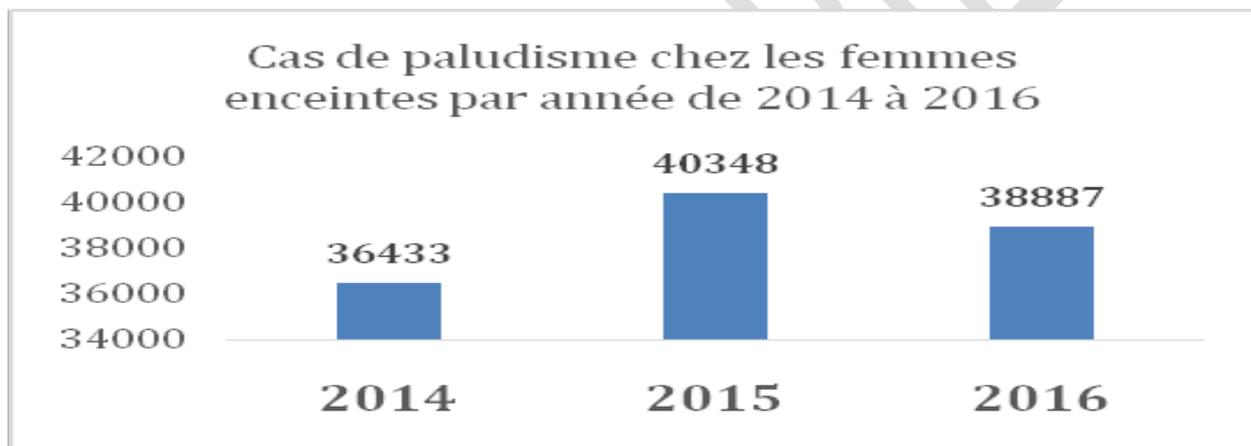


**Figure VI :** Evolution mensuelle du nombre de cas de paludisme de 2014 à 2016 en Guinée

Les données de morbidité chez les groupes vulnérables (enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes) sont présentées dans les graphiques ci-après.



**Figure VII** : Répartition des cas de paludisme par tranche d'âge de 2014 à 2016



**Figure VIII** : Répartition des cas de paludisme des femmes enceintes de 2014 à 2016

L'augmentation du nombre de cas de 2014 à 2016 s'expliquerait par la conjonction de deux facteurs : la suspension du diagnostic par les TDR d'une part et d'autre par l'amélioration de la complétude des données qui est passé de 30% en 2013 à 99% en 2016.

Ainsi, la répartition par tranche d'âge des cas de paludisme de 2014 à 2016 montre que la maladie touche toutes les tranches d'âge. En moyenne, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes représentent respectivement 37% et 5% de l'ensemble des cas de paludisme Mortalité.

Durant la période 2014-2016, la notification des décès s'est améliorée. Le nombre de décès liés au paludisme enregistrés dans les structures de sante varie de 1066 en 2014 à 867 cas en 2016.

### 3.3 Revue du Plan stratégique de lutte contre le paludisme

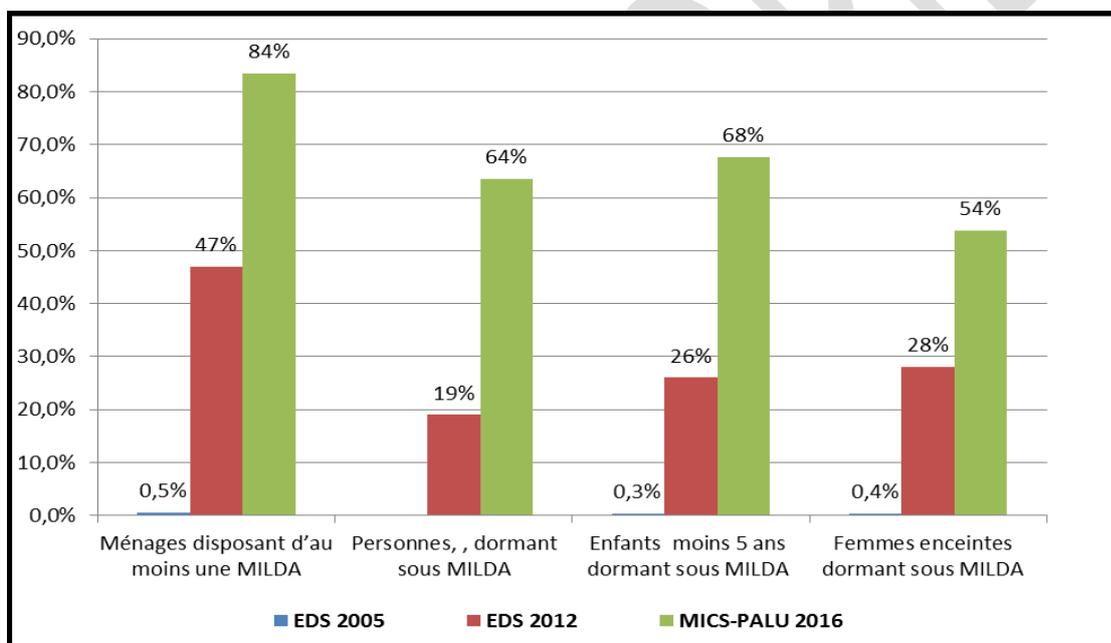
#### 3.3.1 Principaux résultats de la lutte contre le paludisme

Le PSN 2013-2017 prévoyait de réaliser 425 activités dont 308 ont été réalisées soit 72% de performance. Les résultats obtenus sont présentés par stratégie.

- **Dans le domaine de la prévention** les stratégies retenues étaient la lutte antivectorielle (MILDA, PID et LAL) et les interventions spécifiques (TPIg, TPIh et CPS).

En ce qui concerne la lutte anti vectorielle deux campagnes de masse de distribution gratuite des MILDA ont été organisées en 2013 et 2016 qui ont permis de distribuer 13 421 199 MILDA sur 13 178 260 prévues. Pour la distribution de routine 984 389 MILDA ont été distribuées entre 2015 et 2016 aux femmes enceintes et aux enfants de moins d'un an à travers les services de CPN et de PEV. L'évolution des indicateurs est présentée dans le ci-après.

**Figure IX:** Evolution des indicateurs de disponibilité et d'utilisation des MILDA en Guinée de 2005 à 2016



L'organisation des campagnes de distribution (2009, 2013, 2016) et la distribution en routine aux enfants de moins d'un an et aux femmes enceintes ont permis un bond spectaculaire de la disponibilité. En effet, la proportion de ménages disposant d'au moins une MILDA est passée de 0,5 % en 2005 à 83,5 en 2016.

La disponibilité des MILDA et les actions de sensibilisation ont contribué à augmenter fortement les niveaux d'utilisation des MILDA par les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes qui sont passés respectivement de 0,3% à 67,6% et de 0,4% à 53,8 % de 2005 à 2016.

La mise en œuvre des activités de TPI chez la femme enceinte a connu une amélioration avec un taux de couverture en TPI2 qui est passé de 18% en 2012 à 53% en 2016.

Quant à la Chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS), deux campagnes ont été organisées dans 8 districts sanitaires en 2015 et 2016. La proportion d'enfants ayant bénéficié des 4 passages étaient de 96 % en 2015 et 101% en 2016.

La pulvérisation intra domiciliaire (PID), la lutte antivectorielle (LAL) et le traitement préventif intermittent chez le nourrisson n'ont pas été mises en œuvre. La non réalisation de ces interventions est due à l'inexistence de directives et de plan de mise en œuvre.

- **Dans le domaine de la prise en charge des cas :**

La mise en œuvre du PSN 2013-2017 a abouti à la mise à échelle du diagnostic biologique par les TDR et du traitement par les CTA y compris le niveau communautaire. Pour la prise en charge des cas graves, les dérivés de l'Artémisinine ont été introduits dans les centres de santé (Artémether), dans les hôpitaux (Artésunate injectable) et au niveau communautaire pour le traitement pré-transfert (Artésunate suppositoire).

Ces efforts ont permis d'améliorer les indicateurs de prise en charge des cas notamment : i) le Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR et/ou GE) au niveau des formations sanitaires qui est passée de 20% en 2013 à 97% en 2016 ; ii) la 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 qui est passée de 1% en 2012 à 59% en 2016.

L'impact des mesures de prévention et de prise en charge ont certainement contribué à la réduction notable de la prévalence parasitaire qui a été observée et à la baisse de la mortalité infanto juvénile (enfants de 0-5 ans) qui est passée de 163 pour mille en 2005, 122 pour mille en 2012 et 95 pour mille en 2016.

Il faut noter que ces résultats et impacts ont été obtenus grâce au renforcement du Suivi/Evaluation, de la communication pour le changement de comportement, du système d'approvisionnement et de la gestion Programme.

- **Dans le domaine du SE** la mise en œuvre des interventions prévues a permis d'améliorer la capacité du programme à générer des données de plus en plus fiables afin de renseigner les indicateurs. Les actions menées ont permis notamment l'amélioration de la collecte des données de routine avec une complétude et promptitude qui sont passées respectivement de 30% à 93% et de 15% à 73% entre 2013 et 2016. Aussi, la réalisation des enquêtes (CAP 2014, ENACIP2015, MICS-2016), des études et recherches opérationnelles (efficacité des antipaludiques, efficacité des MILDA, impact de Ebola sur la lutte contre le paludisme) ont permis au programme de mesurer les indicateurs d'impact et de résultats et d'identifier les facteurs influençant la mise en œuvre des interventions.

- **Dans le domaine de l'IEC/CCC/Mobilisation sociale** on note : i) une amélioration des connaissances du paludisme par la communauté, de l'utilisation des services de prévention et de prise en charge du paludisme (MILDA, CPS, TDR, ...) ; ii) une meilleure implication des autorités et communautés dans la lutte contre le paludisme.

- **Dans le domaine de la gestion des achats et des stocks (GAS)** le Pourcentage des structures avec des ruptures de stock a fortement baissé passant de 47% en 2013 à 9% en 2016.

- **Dans le domaine de la gestion du programme** la performance s'est accrue grâce au recrutement de personnel qualifié (contractuel, points focaux district), à la mise en place de structures de coordination fonctionnelles (comités RBM, groupes thématiques) au niveau

central et régional, à l'amélioration de la gouvernance du leadership et du partenariat, à l'amélioration du cadre de travail (infrastructure/logistique), de la planification et du suivi des activités.

### **3.3.2 Situation du financement du programme**

Dans le PSN 2013-2017, le budget était de 230 166 563 USD ; Il a été financé à hauteur de 176 438 247USD soit 82%. Eu égard aux difficultés de mobilisation et de décaissement des fonds enregistrés les années précédentes, ce résultat est très satisfaisant. L'écart de financement est essentiellement dû à l'absence ou l'insuffisance de mise en œuvre de certaines interventions telles que la pulvérisation intra domiciliaire, la lutte anti larvaire, la pharmacovigilance et le traitement préventif intermittent chez le nourrisson. On note également une très faible mobilisation des ressources internes notamment la contribution de l'Etat.

Les partenaires techniques et financiers ont appuyé la mise en œuvre du PSN à près de 77% du budget prévu. Le Fonds Mondial (52%) et PMI (38%) ont été les principaux bailleurs.

### **3.3.3 Principales faiblesses de mise en œuvre**

#### ***Lutte antivectorielle***

- Insuffisance dans la mise en œuvre de la distribution de routine (ruptures en MILDA, non-respect des directives par les agents, ...)
- Non implication des autres secteurs dans la distribution continue des MILDA (Communauté, écoles, les entreprises etc ...)
- Insuffisance dans la priorisation de la PID, la LAL et la gestion de l'environnement
- Insuffisance de personnel compétent au niveau national et des districts sanitaires pour suivre les interventions de lutte contre les vecteurs (techniciens entomologistes).

#### **Interventions spécifiques**

- Faibles couvertures en TPIg ;
- Forte déperdition entre TPI1 et TPI3.

#### **Prise en charge du paludisme**

- Faible intégration des interventions de PEC dans les structures privées et parapubliques (Armées, entreprises minières...)
- Non-respect des protocoles de prise charge des cas par certains prestataires surtout dans les hôpitaux ;
- Faible implication des institutions de formation (université, écoles de santé) dans la vulgarisation des protocoles de prise en charge du paludisme ;
- Les intervenants du niveau communautaires privilégient les aspects préventifs par rapport au curatif ;
- Existence de zones non couvertes par les ACS (zones enclavées, nombre d'ACS insuffisant).

#### **Gestion des achats et des stocks**

- Non-respect du circuit d'approvisionnement.
- Faible implication des districts dans la gestion des médicaments.
- Faible capacité de stockage des intrants au niveau des districts et formations sanitaires

## **Communication**

- Insuffisance dans la communication sur certaines interventions (assainissement) et sur la gratuité des antipaludiques (traitement du paludisme simple gratuit alors que celui du paludisme grave est payant)
- Insuffisance de supports de communication dans les formations sanitaires par endroit
- Insuffisance de suivi des activités de visites à domiciles afin de mesurer leur impact sur les CAP des populations

## **Suivi/évaluation**

Les principales faiblesses identifiées concernent l'insuffisance de la qualité des données et de la retro information à tous les niveaux, le faible niveau de mise en œuvre de la surveillance à base communautaire et la faible capacité des institutions de recherche à mener des études sur le paludisme.

## **Gestion du programme**

Dans le cadre du suivi/orientation, certaines interventions n'obéissent pas à la politique nationale pour la coordination des efforts dans la lutte contre le paludisme. Il s'agit entre autres de la distribution des MILDA par les compagnies Minières et Pétrolières, des dons de produits antipaludiques aux structures sanitaires, etc.

On note une insuffisance dans l'effectivité de la multisectorialité et une faible appropriation de la lutte contre le paludisme au niveau central et opérationnel

Au niveau central, les autres départements ministériels, la société civile et même certaines directions ou programme du ministère de la sante ne sont pas suffisamment impliqués dans la lutte contre le paludisme.

Il n'existe pas de cadre formel de concertation avec ces structures ou ministère ce qui entraîne une duplication des efforts, une interférence des activités sur le terrain, une utilisation irrationnelle des ressources ou une insuffisance dans le ciblage des interventions. A titre d'exemple les services de santé militaire et la santé scolaire utilisent des modules de formation non valides par le PNLP pour la formation de leur cadre. Ces départements ne sont pas associés à l'élaboration des stratégies nationales de lutte contre le paludisme. Ceci entraîne un manque de capitalisation des efforts et contribution dans la lutte contre le paludisme.

Au niveau décentralisé, il ressort une insuffisance dans la planification et la coordination des activités de lutte contre le paludisme (coordination avec ONG locales/OCB/DPS, une faible implication des CSH dans la gestion de la lutte contre le paludisme au niveau des centres de santé et l'absence d'harmonisation de la motivation des ASC

Les pratiques de leadership, management et gouvernance qui devaient constituer le socle de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme sont quasi absentes dans les régions et districts.

Malgré la mise en place de comités régionaux et préfectoraux, leur fonctionnement constitue encore un défi majeur à cause de l'absence de moyens pour la mise en œuvre leur plan d'action.

La difficulté de mobiliser les fonds de contrepartie des interventions de lutte contre le paludisme constitue une limite pour la mobilisation des financements extérieurs, tel que le

Fond Mondial. Certains DRS et DPS affirment n'avoir pas suffisamment d'information sur le budget alloué aux activités de lutte contre le paludisme dans leur zone

Cependant malgré l'existence d'un plan d'approvisionnement, certains donateurs/institutions achètent des intrants et les distribuent aux formations sanitaires sans passer par le PNLP. Le non-respect de la gratuité des intrants par certains prestataires limite l'accès des soins aux patients

### **3.4 Défis du programme pour le futur PSN**

En dépit de la faible performance du système de santé, durement éprouvé par l'épidémie à virus Ebola, le défi majeur du PNLP pour les cinq prochaines années (2018-2022) est d'aller vers la pré-élimination du paludisme. Il s'agira d'une part de capitaliser les acquis du PSN 2013-2017 et d'autre part d'identifier et de mettre en œuvre des interventions novatrices à haut impact dans tous les domaines de la lutte contre le paludisme.

#### **Dans le domaine de la Lutte Antivectorielle Vectorielle (LAV) :**

- Poursuivre la distribution des MILDA en campagne (2019 et 2022) et en routine
- Développer d'autres canaux de distribution: scolaire, communautaire ...;
- Développer des interventions d'assainissement du milieu en collaboration avec les communes, le ministère de l'environnement, les ONG/OBC, entreprises minières... ;
- Réaliser des études de faisabilité de la PID et mettre en œuvre des projets pilotes en relation avec les institutions de recherche et les entreprises minières ;
- Mener des études entomologiques afin d'établir la cartographie des vecteurs (distribution spatiale, infectiosité et sensibilité des vecteurs aux insecticides).

#### **Dans le domaine de la Prise en Charge des Cas de paludisme (Diagnostic et traitement) :**

- Pour le secteur public il s'agira de renforcer la qualité de la prise des cas simples et graves notamment dans les hôpitaux, renforcer la prise en charge communautaire (PECADOM) en prenant en compte les effets de l'épidémie à virus Ebola, renforcer la collaboration entre les ONG et les structures de santé;
- Poursuivre et renforcer l'intégration du secteur parapublic (services de santé des armées, entreprises parapubliques) et du secteur privé (entreprises minières,...)
- Renforcer la collaboration avec la PCIMNE pour l'harmonisation des interventions sur le terrain.

#### **Dans le domaine des interventions spécifiques de prévention:**

- Poursuivre et mettre à échelle dans les zones éligibles la Chimio-prévention du paludisme ;
- Renforcer les interventions permettant d'atteindre la couverture en TPI3 en collaboration avec les services de la Santé de la Reproduction avec l'implication des acteurs communautaires (ACS, ONG/OBC, COSAH).

#### **Dans le domaine de l'IEC/CCC/Mobilisation sociale :**

- Poursuivre et renforcer les activités communautaires avec les ACS/ONG/OBC

- Développer de nouvelles activités vers les écoles, les religieux, le secteur privé en collaboration avec les ministères de la communication, de l'environnement, de l'éducation, de la promotion féminine et de l'enfance
- Améliorer la visibilité des interventions du programme (JMLP, affiches, spots, t-shirts...).

#### **Dans le domaine du SE :**

- Améliorer la qualité des données à travers la révision des outils de collecte, la formation du personnel, la supervision, les audits de qualité des données, les retro-informations et les revues périodiques ;
- Renforcer le système de Surveillance sentinelle pour collecter des données sur l'efficacité des antipaludiques, sur la sensibilité des vecteurs et sur la morbidité et la mortalité ;
- Réaliser les enquêtes et recherches opérationnelles devant permettre de mesurer l'efficacité et l'impact du programme mais aussi pour améliorer les prises de décisions les changements sur les stratégies de lutte.

#### **Dans le domaine de la gestion des achats et des stocks (GAS) :**

- Améliorer la chaîne d'approvisionnement en termes de quantification des besoins, de renforcement des capacités de stockage et de distribution des intrants au niveau des districts, des formations sanitaires et des acteurs communautaires ;
- Améliorer le système d'information et de gestion logistique : suivi des stocks, commande, EUV

#### **Gestion du programme**

A travers ce nouveau plan stratégique, le PNLP va intensifier la coordination, la planification, le partenariat, la gestion des ressources, le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et la gouvernance.

Ainsi, sur le plan de coordination, les réunions de coordination des comités de suivi RBM (national, régionaux, préfectoraux) et les rencontres des groupes thématiques seront poursuivies et élargies à d'autres secteurs ou ministères intervenant dans la lutte contre le paludisme ;

Dans le domaine de la gestion des ressources humaines, le programme national va maintenir le personnel contractuel et les points focaux des districts et des régions et recrutera d'autres cadres; Il poursuivra aussi la formation diplômantes de ses cadres en fonction des insuffisances identifiées par la revue des performances du programme.

La régularité et la fréquence des plans d'action (annuels, trimestriels et mensuels) seront maintenues grâce au leadership du PNLP et impliquera toutes les parties prenantes.

Le partenariat amorcé depuis 2016 avec le secteur privé et la chambre des mines de Guinée sera renforcé et élargi à d'autres ministères comme celui de l'environnement, de l'enfance, de la communication, de l'éducation nationale et de la défense.

Le programme de développement de leadership mis en œuvre au niveau du PNLP et dans deux districts sera élargi à toutes les régions; Il visera à renforcer la transparence, la redevabilité, la responsabilisation et la gestion de l'information. Ces activités concerneront le PNLP et toutes les parties prenantes y compris les structures sanitaires, les CSH et le niveau communautaire.

Les équipements et le fonctionnement du programme seront aussi assurés régulièrement par l'Etat et les Partenaires.

Toutes ces interventions seront adossées sur les plans de mobilisation des ressources, de renforcement des capacités et d'assistance technique budgétisés. Elles feront l'objet d'un suivi périodique et d'une évaluation annuelle qui impliqueront les services centraux du ministère de la santé, le PNLP, les partenaires et les DRS/DPS.

NE PAS COPIER

## 4 CADRE STRATEGIQUE DU PSN

Le présent Plan Stratégique couvre une période de cinq ans (2018-2022). Ces objectifs sont en phase avec les Objectifs de Développement Durable des Nations Unies 2016-2030, le Document de Stratégie Technique Mondiale de Lutte contre le Paludisme 2016- 2030 de l'OMS , le document « Action et investissement pour vaincre le paludisme 2016-2030 » de RBM , les objectifs de lutte contre le Paludisme de la CEDEAO, le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté pour la Croissance (DSRP), les orientations de la Politique Nationale de Santé, les axes stratégiques du Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024 et la politique nationale de lutte contre le paludisme.

### 4.1 Vision

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

### 4.2 Mission

La mission du PNLN 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.

### 4.3 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. Ces 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.

### 4.4 Orientations stratégiques et priorités

Les interventions de lutte contre le paludisme sont adaptées aux différents faciès épidémiologique du paludisme, conformément à la politique nationale de lutte antipaludique (LAP).

Les principales interventions du plan stratégique 2018-2022 sont axées sur les priorités suivantes :

- assurer un accès universel aux mesures de prévention à toute la population, notamment les MILDA, le TPI chez la femme enceinte et la prévention chez l'enfant (CPS)
- 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 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 le système de surveillance dans les sites sentinelles et la recherche opérationnelle sur le paludisme ;
- 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 destinés à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme à tous les niveaux;
- renforcer le partenariat 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.

#### **4.5 But du Plan Stratégique**

D'ici la fin 2022, amener le pays vers la pré-élimination en réduisant la morbidité et la mortalité liées au paludisme de 50 % par rapport à 2016.

#### **4.6 Objectifs du Plan stratégique**

- Assurer la protection d'au moins 90 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme.
- Assurer une prise en charge correcte et précoce d'au moins 90% des cas de paludisme.
- Renforcer les capacités de gestion, de partenariat, de coordination, de communication et de SE du Programme de lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

#### **4.7 Résultats attendus du Plan stratégique**

D'ici fin 2022 :

- Au moins 90% de la population à risque de paludisme utilisent les MILDA
- Au moins 90% des enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées pour la chimio prévention saisonnière du paludisme ont bénéficié d'une protection
- Au moins 60% des femmes enceintes ont bénéficié d'une protection par le TPI3 au cours de leur grossesse;
- Au moins 90% 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.
- Au moins 90% des cas de paludisme simple sont traités avec un antipaludique efficace dans la communauté conformément aux directives nationales;
- Au moins 90% des cas de paludisme (simples et graves) sont traités dans les formations sanitaires conformément aux directives nationales.
- Au moins 90% des structures sanitaires et communautaires disposent des intrants antipaludiques pour la prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme;

- Au moins 90% de la population appliquent les mesures de prévention recommandées contre le paludisme ;
- Le système de SE est capable de générer les données de qualité pour renseigner les indicateurs de SE du Programme à tous les niveaux ;
- Au moins 90% des formations sanitaires publiques et privées fournissent des rapports fiables sur le paludisme ;
- Au moins 90% des structures communautaires impliquées fournissent des rapports 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 ;
- Au moins 90% des cas de paludisme (simple et grave) sont traités avec un antipaludique efficace dans les formations sanitaires conformément aux directives nationales.

## 5 CADRE DE MISE EN OEUVRE DU PSN.

### 5.1 Description des interventions de lutte

Les interventions sont décrites par objectifs et par stratégie.

#### 5.1.1 Objectif 1 : Assurer la protection d'au moins 90 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme.

Pour atteindre cet objectif, la lutte contre les vecteurs du paludisme sera la principale stratégie à mettre en œuvre. Elle est axée sur la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), la Pulvérisation intra-domiciliaire (PID) et la lutte anti larvaire (LAL).

##### 5.1.1.1 Lutte Antivectorielle

###### a) La distribution des MILDA :

Dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau plan stratégique conformément aux directives de l'OMS pour lutter efficacement contre le paludisme, la promotion de l'utilisation des MILDA s'articulera autour de la distribution des MILDA en campagne (2019 et 2022) et le développement d'autres canaux de distribution continue des MILDA : centre de santé, poste de santé, scolaire et communautaire ;

- ***Distribution de MILDA en campagne de masse***

Cette distribution sera mise en œuvre à travers l'organisation de deux campagnes nationales de distribution universelle de MILDA en 2019 et en fin d'année 2022. 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, la micro planification, le dénombrement de la population, la distribution des MILDA et les activités de suivi-évaluation.

Elle se déroulera en plusieurs phases et par zones en tenant compte du calendrier agricole de manière à ce que la distribution se déroule durant les mois de février, mars, avril.

- ***Distribution Continue des MILDA***

Cette activité sera développée à travers plusieurs canaux de distribution pour couvrir les nouvelles cibles et maintenir la Couverture Universelle à un niveau élevé. Les canaux ci-après seront développés dans le PSN 2018-2022:

- **Canal Sanitaire** : les moustiquaires seront distribuées gratuitement aux femmes enceintes et aux enfants de moins d'1 an reçus respectivement pour la CPN et PEV. Cette activité pourrait aussi être réalisée au niveau des Poste de Santé.
- **Canal Communautaire** : Les MILDA seront livrées aux responsables locaux qui assureront la distribution gratuite aux ménages identifiés par les ASC lors de visites à domicile. Au cours de ces visites les ASC procéderont au recensement des besoins des ménages qui seront orientés vers les points de distribution communautaire. Les MILDA seront stockées chez le président du district ou le chef de village qui en assurera la gestion en relation avec l'ASC (stockage, livraison commande et sécurisation).

Des distributions ponctuelles pourraient être faites dans la communauté à travers les donations des associations et entreprises dans des situations spécifiques (recrudescence de paludisme, catastrophe naturelle, réfugiés...).

- **Canal Scolaire** : Les MILDA seront distribuées gratuitement aux élèves du primaire suivant une procédure et des mécanismes qui seront développés par la Direction de la Santé scolaire et le ministère de tutelle.
- **Canal privé** : Dans le cadre de la promotion de l'utilisation des MILDA, les moustiquaires seront vendues à prix subventionné dans les officines privées les grandes surfaces en collaboration avec le PNLP.

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.

#### **b) La pulvérisation intra domiciliaire (PID) :**

Pour le PSN 2018-2022, la PID se limitera aux études de faisabilité et à la mise en œuvre des projets pilotes en relation avec les institutions de recherche et les entreprises minières. Les documents normatifs (Normes et procédures, plan de mise en œuvre) seront élaborés et disséminés.

Des études entomologiques, environnementales et épidémiologiques seront menées dans les différentes strates épidémiologiques par les institutions de recherche avec l'appui des partenaires techniques pour déterminer les zones éligibles, les insecticides à utiliser et les modalités de mise en œuvre. Un renforcement de capacités des agences de mises en œuvre (ONGs, PME...) sera réalisé. Il faudra également un renforcement de capacités de l'unité LAV en termes de formation et d'équipement

En ce qui concerne les projets pilotes ils seront mis en œuvre dans les zones identifiées en partenariat avec la chambre des mines avec une forte implication des collectivités décentralisées et de la société civile. Les principales activités 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.

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

#### **c) La lutte anti-larvaire (LAL)**

Pour le PSN 2018-2022, la lutte anti-larvaire mettra l'accent 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.

Les Documents normatifs (Normes et procédures) seront élaborés en collaboration avec les ministères concernés avec l'appui technique des partenaires et seront disséminés à tous les acteurs (ONG/OCB, collectivités locales, PME)

Les activités d'assainissement seront développées au niveau communautaire par les OCB, les ONGs locales et les PME suivant un plan d'action élaboré par les communautés. Ces structures bénéficieront d'un appui technique, financier et matériel.

Le PNLP développera une approche communautaire d'assainissement du milieu de vie des populations à travers les assises communautaires et les journées d'assainissement pour la propreté conduites par les ONGs SSR, les ASC et les OCB (Malaria compétence). Il s'agira des journées de mobilisation sur la lutte contre le paludisme dans des villages/localités insalubres dans le but de motiver les populations à une participation communautaire pour la propreté du milieu.

### **5.1.1.2 Les interventions spécifiques (CPS, TPIg).**

#### **a) Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte**

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 de la 13<sup>ème</sup> semaine 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.

Le nouveau plan stratégique 2018-2022 mettra un accent particulier sur l'amélioration du taux de couverture à travers :

- La motivation et l'augmentation du nombre d'ASC de 10 à 20 par centre de santé de façon progressive pour la référence des femmes enceintes ;
- L'introduction de stratégies innovantes pour la sensibilisation et la recherche active des femmes enceintes (téléphonie mobile et SMS pour le rappel des RDV, communicateurs traditionnel, tradithérapeutes);
- La dotation des postes de santé en kit de prise supervisée;
- Le renforcement de la collaboration avec la Division de la santé de la reproduction.

#### **b) Chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS)**

Au cours de la mise en œuvre du plan stratégique 2018-2022, une campagne CPS sera organisée par an. Ces campagnes couvriront les dix districts sanitaires déjà enrôlés. Pour chacune de ces campagnes, une macro planification permettra de déterminer les axes de mise en œuvre suivie d'une microplanification dans chaque district afin de déterminer les ressources nécessaires.

Des études de faisabilité seront réalisées dans les districts sanitaires proches de la zone couverte pour l'éligibilité de nouveaux districts ainsi que l'extension de la stratégie à la tranche d'âge de 3 mois à 10 ans.

Le système de pharmacovigilance sera renforcé à travers l'élaboration des directives techniques et d'un plan national de mise en œuvre avec la collaboration de la direction nationale de pharmacie et laboratoire et les institutions spécialisées. Un plan de prise en charge des malades référés devra être élaboré et mis en œuvre.

## **5.1.2 Objectif 2\_Assurer une prise en charge correcte et précoce d'au moins 90% des cas de paludisme.**

### **5.1.2.1 La prise en charge des cas de paludisme**

La stratégie de prise en charge du paludisme comprend le diagnostic biologique et le traitement des cas dans les formations sanitaires et au niveau communautaire.

#### **a) Prise en charge au niveau des formations sanitaires**

Pendant la mise en œuvre du plan stratégique 2018-2022, le PNLP poursuivra le renforcement des capacités des prestataires à tous les niveaux, l'équipement des laboratoires en microscopes et réactifs et le suivi régulier de l'exécution des activités.

L'accent sera mis sur l'extension de la prise des cas à travers l'intégration de 961 postes de santé, 60 structures de santé militaire, 50 infirmeries scolaires et universitaires et 50 structures privées, confessionnelles et associatives. Ces structures seront renforcées en termes de formation, approvisionnement en intrants antipaludiques (CTA, TDR), suivi post formation, supervision. Afin d'améliorer la qualité des formations des prestataires il sera procéder à la formation d'un pool de formateurs de haut niveau provenant des Centres Hospitalo-Universitaires et des hôpitaux (pédiatres, gynécologues et généralistes). A cet effet, 160 cadres seront formés par niveau (17 du niveau central, 143 du niveau régional) sur la lutte contre le paludisme pendant 10 jours avec la prise en compte des aspects andragogiques. Cette formation sera contractualisée avec des consultants spécialisés dans la lutte contre le paludisme.

Des stratégies spécifiques seront mises en œuvre pour améliorer la qualité de la prise en charge des cas au niveau des hôpitaux. Elles porteront sur :

- Le plaidoyer auprès des responsables des hôpitaux pour l'adhésion aux directives nationales de PEC;
- Le renforcement des capacités des prestataires des hôpitaux;
- Le suivi rapproché des activités à travers des supervisions par les paires;
- L'approvisionnement régulier en intrants antipaludiques.

Par ailleurs, la collaboration avec les autres programmes impliqués dans la prise en charge des cas sera améliorée à travers leur implication dans l'élaboration des documents normatifs, le renforcement des capacités des prestataires et le suivi des activités.

En ce qui concerne les institutions de formation et de recherche, le PNLP veillera à la prise en compte des directives de la lutte contre le paludisme dans les curricula de formation.

#### **a) Diagnostic et traitement au niveau communautaire**

Eu égard à la faiblesse du système de santé, le nouveau plan stratégique 2018 -2022 mettra un accent particulier sur l'amélioration de la prise en charge du paludisme au niveau communautaire a travers le renforcement de la PECADOM en collaboration avec la PCIMNE.

Dans ce cadre les actions ci-après seront développées :

- Augmentation du nombre d'agents de santé communautaires en passant de 10 par centre de santé en 2017 à 15 en 2018 et 20 en 2019 soit au total 8240 qui seront utilisés dans la lutte contre le paludisme (Prise en charge des cas, prévention, sensibilisation) .
- Amélioration de la motivation des agents de santé communautaires;

- Approvisionnement régulier en médicaments et autres intrants (kit de prise en charge);
- Renforcement des capacités des acteurs communautaires ;
- Renforcement du suivi des activités communautaires par les Centre de santé en collaboration avec les ONG et les OCB.

### **5.1.3 Objectif 3\_Renforcer les capacités de gestion, de partenariat, de coordination, de communication et de SE du Programme de lutte contre le paludisme à tous les niveaux.**

#### **5.1.3.1 Approvisionnement et système de gestion des achats**

Pour 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 une disponibilité permanente des intrants est cruciale. Pour cela, un plan de Gestion des Achats et des Stocks (GAS) sera élaboré par le PNLP en collaboration avec la centrale d'achat des médicaments et les partenaires du programme en vue de répondre aux insuffisances identifiées. Ce plan sera développé conformément au cycle de gestion des médicaments

- **Sélection**

La sélection des intrants antipaludiques est faite sur la base de la liste nationale des médicaments essentiels conformément au protocole national de prise en charge et aux directives de l'OMS. Cette sélection tiendra compte des spécificités constatées au cours des différentes évaluations en matière de diagnostic, prévention, traitement ainsi que les recommandations.

- **Estimation des besoins**

Les estimations des besoins en 2012 dans le plan stratégique étaient basées sur les épisodes fébriles de la tranche d'âge de 6 à 12 mois. Cette base de calcul qui ne tenait pas compte du taux d'utilisation des services (24% en 2012, EDS) a occasionné une surestimation des besoins.

A partir de 2016, deux méthodes de quantification (morbidité et consommation) sont utilisées basées sur les données disponibles et exploitables. La quantification a abouti à un plan d'approvisionnement. Ce plan d'approvisionnement sera actualisé tous les 3 mois et une revue globale est prévue annuellement. Ces révisions permettront de mettre à jour les besoins du pays conformément aux différents niveaux d'approvisionnement fixés ainsi que les consommations réelles des différents intrants.

- **Acquisition**

Les achats seront réalisés par les principaux bailleurs de fonds à travers leurs agences d'exécution après validation des quantités par le programme national de lutte contre le paludisme sur la base du plan d'approvisionnement. Pour l'amélioration de la gestion des médicaments, le système de panier commun sera maintenu et consistera à la mise en commun des commandes, des acquisitions et la distribution d'intrants antipaludiques.

- **Stockage et distribution**

Le stockage et la distribution des intrants antipaludiques seront assurés par la PCG. Les frais sont pris en compte conformément au système du panier commun. La PCG à travers ses dépôts régionaux assure le transport jusqu'au niveau des formations sanitaires.

Les structures de santé (centre de santé & hôpitaux, structures privés) seront approvisionnées en antipaludiques et autres intrants sur la base de la réquisition trimestrielle par le dépôt régional de la PCG. Les commandes de ces structures sont validées et transmises par la direction préfectorale de la santé aux dépôts régionaux de la PCG

- **Dispensation**

Il existe dans les formations sanitaires publiques et privées et au niveau communautaire des points de dispensation qui vont constituer le dernier maillon de la distribution des médicaments

- **Système d'information logistique**

Les informations sur la gestion de stock (niveau de stock, consommation) des formations sanitaires sont transmises mensuellement à travers les directions préfectorales/communales de santé au PNLP. Cependant avec la mise en place du système d'information logistique intégré, ces données seront partagées à travers une plateforme harmonisée pour tous les programmes de santé.

Dans le cadre du système intégré d'approvisionnement, le PSN 2018-2022 contribuera au renforcement des capacités des services du Ministère de la Santé concernées :

- La direction nationale des pharmacies et des médicaments (DNPM)
- Le laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments (LNCQM)
- L'inspection générale de la santé (IGS)
- La pharmacie centrale de Guinée (PCG)
- Les directions préfectorales/communales de la santé (DCS/DPS)

Les axes d'intervention ci-après seront pris en compte dans le renforcement de la chaîne d'approvisionnement :

- **Quantification des produits antipaludiques**

La quantification des produits antipaludiques sera effectuée à travers l'organisation des ateliers qui va regrouper l'ensemble des partenaires, le PNLP et la centrale d'achat.

- **Analyser la qualité des données de gestion de stock**

En étroite collaboration avec l'unité SE, l'unité GAS organisera deux fois par an le suivi de la traçabilité des intrants antipaludique jusqu'à leur utilisation par les bénéficiaires. Cette activité permettra un suivi rigoureux de la sécurité et de la gestion des produits de santé.

- **Renforcer les capacités de stockages des formations sanitaires**

Dans le cadre du PSN 2018-2022, pour le renforcement des conditions de stockages des formations sanitaires, les activités ci-dessous seront développées :

- Réhabiliter des magasins des DPS/DCS.
- Réhabiliter des magasins de certaines formations sanitaires.
- Aménager les espaces de stockage
- Equiper les espaces de stockage.

- **Organiser de l'EUV**

Pour poursuivre sa dynamique de renforcement de la disponibilité des intrants antipaludiques au niveau périphériques le PNLP continuera d'organiser cette enquête au cours du PSN 2018-2022.

- **Formation/Recyclage des gestionnaires de stock des districts et des formations sanitaires :**

Le gestionnaire des stocks (ou responsable d'approvisionnement, responsable des stocks) est la personne qui gère et optimise la gestion des stocks (entrées et sorties des marchandises) pour minimiser le niveau de stocks sans risquer la rupture. Le programme donnera un appui pour la formation/recyclage des gestionnaires impliqués à différents niveaux pour le stockage et la distribution des intrants antipaludiques afin de maintenir une bonne qualité des services.

- **Renforcement du système de pharmacovigilance**

Bien que des efforts aient été consentis pour l'amélioration du système de pharmacovigilance, la notification des effets indésirables reste un problème crucial dans le traitement du paludisme.

La notification des effets indésirables offre une contribution importante à l'expérience clinique et à une meilleure compréhension de la pharmacothérapie. De plus, l'évaluation des effets indésirables fournit aux établissements les informations nécessaires pour réduire les erreurs de médication et améliorer les soins de santé. Pour ce faire, le programme collaborera avec le service de la pharmacovigilance au niveau de la direction nationale des pharmacies et médicaments pour l'élaboration ou la mise à jour des outils, l'équipement, le renforcement des ressources humaines et la mise en œuvre des activités de pharmacovigilance.

Ensuite, un réseau de pharmacovigilance sera développé et réparti sur l'ensemble du territoire afin de favoriser les échanges de proximité avec les professionnels de santé.

- **Renforcement de l'inspection générale de la santé.**

Il est à noter que les inspecteurs bien que formés vers 1990 n'ont pas été opérationnels à cause de l'ancrage du service d'inspection rattaché au cabinet du ministre, à la réduction progressive du nombre d'inspecteur, le manque de financement des activités.

Dans le cadre de la gestion des intrants antipaludiques, le programme appuiera ce service afin de veiller à la bonne gestion pharmaceutique, au respect de la gratuité et de la réglementation pharmaceutique. Pour cela, les appuis, mentionnés ci-dessous sont nécessaires :

- La logistique roulante (véhicule)
- Le financement des activités d'inspection
- La formation des pharmaciens à l'inspection pharmaceutique
- L'équipement (ordinateur et accessoires, équipement de bureau, etc...)
- La mise à jour des outils d'inspection.

- **Renforcement du système de contrôle de qualité**

Durant les dernières années, le système de contrôle de qualité a connu des appuis pour l'évaluation de son fonctionnement menée par le projet de l'USAID-USP-PQM. Cette évaluation a identifié des insuffisances en termes de ressources humaines, matérielles et financières. Un plan de renforcement des capacités a été développé en collaboration avec le laboratoire national de contrôle de qualité (LNCQM) ainsi que la dotation en équipement (MINILAB, matériels informatiques, ...).

Pour assurer le contrôle de qualité continu des intrants et en particulier les antipaludiques, le PNLP dans la mise en œuvre du PSN 2018-2022 appuiera le LNCQM dans l’approvisionnement continu en réactifs et en équipements, dans le renforcement des capacités des acteurs en maintenance des équipements et le renforcement des compétences techniques pour le bon fonctionnement du laboratoire.

- **Renforcement de la direction nationale des pharmacies et médicaments (DNPM)**

La DNPM est l’organe de régulation du secteur pharmaceutique. Par conséquent elle veille au respect de la politique pharmaceutique nationale. Afin de veiller à l’application des règles de procédure des médicaments, le PNLP appuiera la DNPM pour la diffusion des procédures et le financement des activités de destruction annuelle des intrants antipaludiques périmés.

- **Renforcement de la pharmacie centrale de Guinée (PCG)**

Le renforcement de la PCG sera poursuivi en collaboration avec d’autres programmes et partenaires en termes de d’achat, de stockage et de distribution des intrants au niveau central et des dépôts régionaux.

### **5.1.3.2 Communication pour le changement de comportement**

Dans le but d’améliorer le CCC, le PNLP assurera le renforcement des capacités des acteurs et un accent sera mis sur le respect de la gratuité des antipaludiques. La stratégie « leaders religieux et écoliers contre le paludisme » sera intensifiée pour assurer une large diffusion des messages de sensibilisation au sein de la communauté.

Pour relever le niveau de connaissance de la population sur les mesures de prévention et de prise en charge du paludisme, la communication pour le changement de comportement reposera principalement sur la communication interpersonnelle, les masses média, la mobilisation sociale et le plaidoyer.

- **La communication interpersonnelle (CIP):** Pour faciliter la compréhension des messages sur le paludisme en vue d’un changement de comportements, le programme mettra un accent sur la CIP à travers : les VAD, la paire éducation en milieu scolaire, les causeries éducatives et le counseling.

Les Agents de Santé Communautaires/CSH formés autour des centres de santé réaliseront les visites à domicile pour véhiculer les messages clés sur le paludisme et se rassurer de l’adoption des comportements souhaités.

La stratégie leaders religieux et écoliers contre le paludisme sera mise à l’échelle et mettra un accent particulier sur la paire éducation au niveau des écoles et les lieux de cultes.

Les causeries éducatives se feront par les animateurs des ONG partenaires, les leaders OCB qui véhiculeront des messages sur la prévention et la prise à charge du paludisme auprès de leurs communautés en vue d’un changement de comportements durables.

Le programme développera également les interventions communautaires innovantes contre le Paludisme pour venir en appui aux visites à domicile (VAD) et causeries éducatives telles que ICP-Ria (Rencontrer, identifier, accompagner). Les ICP-Ria constitueront un cadre de concertation et d’échange entre le niveau central et la communauté. Elles permettent non seulement de transmettre des messages clés de lutte contre le paludisme mais aussi de s’imprégner des préoccupations de la communauté, de les appuyer si nécessaire mais aussi de réajuster la stratégie de communication.

Le counseling lors des consultations se fera par le prestataire à l'endroit du patients/clients sur le paludisme.

Pour améliorer la stratégie de communication, le PNLP réalisera une enquête CAP (connaissances, attitudes et pratiques), sur la lutte contre le paludisme tous les deux ans. A l'issu de cette enquête toutes les insuffisances notées feront l'objet d'actions correctrices et des ressources seront mobilisées pour leur mise en œuvre. Pour une meilleure communication pour le changement de comportement, il conviendra de valoriser les acquis ; de vulgariser les bonnes pratiques en vue de faciliter la mise à l'échelle et d'assurer la qualité des interventions de lutte contre le paludisme.

- **La communication mass media** se fera sur la base d'un partenariat avec les media à travers la conception, réalisation et diffusion des spots, des magazines, des microprogrammes, des émissions interactives sur la prévention et la prise en charge du paludisme.

Pour faciliter la vulgarisation des messages et leur appropriation par la communauté, le programme devra poursuivre la formation/orientation des journalistes. Ces personnes formées dissémineront les messages clés de lutte contre le paludisme à travers différents canaux (radio, TV, places publiques, internet, journaux, panneaux etc...)

Concernant la communication institutionnelle, le PNLP continuera à élaborer et disséminer son bulletin d'information trimestriel qui ouvrira ses colonnes à tous les secteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme. Le site web déjà créé sera mis à jour régulièrement en fonction des interventions de lutte contre le paludisme. Ce qui permettra à tous les intervenants d'échanger les expériences, les leçons apprises et de publier leurs résultats.

Le programme travaillera également avec les comédiens pour la réalisation des sketches radiophoniques sur des thèmes spécifiques de la lutte contre le paludisme.

La production des supports imprimés : les affiches, les boites à images, les panneaux, les flyers, les dépliants, les bandes dessinées, les banderoles, les t-shirts, les casquettes, les calendriers etc.... seront utilisés pour véhiculer les messages sur la prévention et la prise en charge du paludisme.

- **Plaidoyer, CIP, Mass Media et Mobilisation Sociale**

Le renforcement de l'IEC/CCC se fera sur la base du plan de communication mis à jour selon les résultats de l'enquête MICS-palu 2016 avec la participation des experts du Ministère de la Santé et des partenaires. Ce plan comportera une partie analyse de la situation qui fera ressortir les forces et 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 .

Les Interventions à base communautaire (IBC) menées par les réseaux et les ONG dans les districts qui comportent un paquet d'activités dont la communication seront prises en compte dans ce plan de communication. La mise en œuvre de ces activités doit être inclusive et participative en tenant compte des préoccupations de la communauté.

**Les activités de plaidoyer** viseront essentiellement deux objectifs : la mobilisation des ressources pour le financement du présent PSN et l'implication des communautés et des décideurs, des interventions de lutte contre le paludisme.

Pour le financement du PSN, le PNLP organisera des réunions de plaidoyers auprès des autorités, des partenaires techniques et financiers en vue de la mobilisation des ressources.

Concernant l'implication et l'appropriation des interventions de lutte contre le paludisme par les communautés et des décideurs, le PNLP et ses partenaires continueront la réalisation des

activités de plaider auprès des leaders communautaires, d'opinion (maires, religieux, jeunes, groupements féminins...).

Pour assurer le financement et la mise en œuvre de ces activités, un plan national de plaider budgétisé déclinant les objectifs, les stratégies, les cibles et les activités à mener sera élaboré. Ce travail se fera avec l'appui d'experts en plaider et la participation des spécialistes en communication du PNL 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 de sensibilisation sur la référence précoce des patients fébriles. Les leaders religieux, communautaires, les leaders d'opinions (artistes, griots, crieurs publics, etc.) ainsi que le secteur éducatif, seront également impliqués dans les activités de mobilisation sociale. Elles se feront à travers la communication de masse qui passera par l'organisation de séances de mobilisation sociale, de sensibilisation et la diffusion de messages. Les messages seront axés sur la promotion de l'utilisation des services et produits disponibles pour la lutte contre le paludisme en vue d'un changement de comportement durable. La mobilisation sociale va également s'appuyer sur les événements internationaux, nationaux ou locaux pour créer des temps forts de communication. Au niveau communautaire, le programme devra initier et mettre en œuvre des unités vidéo mobiles (UVM) pour transmettre les messages de sensibilisation dans les pôles d'attraction.

En vue de permettre l'implication et l'appropriation des activités par les communautés, les élus locaux, les comités de santé, leaders communautaires, les ONG les OCB, les ASC et les réseaux des tradithérapeutes seront parties prenantes des phases de conception, de planification, de mise en œuvre et de suivi des IBC.

- **Renforcement de capacités des acteurs :**

Le manuel de formation sur la communication pour le changement de comportements sera mis à jour par le programme en collaboration avec tous les partenaires impliqués. A l'aide de ce manuel un pool de formateurs nationaux en communication CCC sera formé. Ces formateurs nationaux à leur tour assureront la formation des acteurs impliqués dans la communication à l'échelle nationale.

### **5.1.3.3 Surveillance, Suivi & Evaluation et Recherche opérationnelle.**

Dans le cadre du suivi évaluation, il s'agira en collaboration avec le SNIS de renforcer les acquis et de développer de nouvelles activités visant à renseigner correctement les indicateurs de la lutte contre le paludisme. Pour se faire, un plan de suivi évaluation 2018-2022 aligné au plan stratégique national sera élaboré avec l'implication de toutes les parties prenantes et comportera les éléments ci-dessous :

- Collecte, transmission des données et retro information
- Supervision semestrielle, trimestrielle et bimestrielle et mensuelle selon les niveaux
- Revue trimestrielle
- Enquêtes et recherches
- Elaboration du plan de suivi évaluation
- Décentralisation des bases de données DHS2, Windev
- Formation sur le suivi évaluation
- Revue a mi-parcours PSN et RPP.

- Amélioration de la qualité des données
- Mise à jour des outils et mise à disposition des outils de gestion
- Mise à jour du manuel de procédures opérationnelles pour le suivi évaluation
- Renforcement de la surveillance sentinelle avec un paquet d'activités comprenant la collecte des données sur la morbidité et mortalité, la sensibilité des vecteurs, l'efficacité des antipaludiques,
- Renforcement de la collaboration avec les instituts de recherche et l'université
- Procéder a l'analyse des données disponibles et mener des études spéciales dans la région de Nzérékoré (haute transmission) et de Conakry (basse transmission) en vue d'un meilleur ciblage des interventions de lutte contre le paludisme
- Renforcement en ressources humaines avec le recrutement de deux experts en suivi évaluation.

### **5.1.3.4 Gestion du programme de lutte contre le paludisme**

#### **a) Leadership, Management et Gouvernance**

Pour améliorer la gestion du programme le PSN 2018-2022 mettra l'accent sur les aspects relatifs à la gouvernance au leadership et au management. Ces activités sont décrites comme suit :

- **Gouvernance**

Des activités visant à renforcer la transparence, la redevabilité, la responsabilisation et la gestion de l'information seront développées. Ces activités concerneront le PNLP et toutes les parties prenantes y compris les structures sanitaires, les CSH et le niveau communautaire. Dans ce cadre, les directives sur la lutte contre le paludisme ainsi que les rôles et les responsabilités des acteurs du niveau opérationnel seront élaborées et diffusées dans toutes les régions pour accroître l'appropriation de la lutte contre le paludisme par les DRS, DPS, la société civile et la communauté. Ceci se fera sous le leadership de la Direction de la Prévention et santé communautaire.

Pour améliorer l'équité et l'accessibilité financière aux prestations de service, la gratuité des intrants de lutte contre le paludisme sera poursuivie dans tous les secteurs ; des actions seront menées en collaboration avec les services concernées (inspection de la santé, autorités locales, partenaires, DPS, DRS) pour le respect par les prestataires de cette politique de gratuité.

Cependant dans le cadre du marketing social, les MILDA seront vendues à un prix subventionné suivant des modalités spécifiques.

Afin de pérenniser les activités communautaires, le PNLP en collaboration avec la Direction de la Prévention et de la santé communautaire, va identifier des stratégies de motivation basées sur la performance. Ces activités cibleront aussi bien le personnel de santé que les agents communautaires. Un consultant sera recruté pour faciliter la documentation et le processus d'élaboration des documents techniques.

- **Leadership et Management**

Les cadres de concertation multisectorielle visant l'amélioration de la coordination et de la planification des interventions de lutte contre le paludisme seront renforcés.

L'accent sera mis sur le fonctionnement des comités de suivi RBM et des groupes thématiques qui doivent se réunir régulièrement sous le leadership du PNLP et des DRS. En plus des réunions des comite de suivi RBM, le PNLP appuiera d'avantage les CTRS et CTPS,

qui regroupent les partenaires et les acteurs de développement communautaire ainsi que les supervisions à différents niveaux.

L'évaluation annuelle des capacités organisationnelles du Programme (PNLP, région, district) et le monitoring semestriel des activités de lutte contre le paludisme au niveau des formations sanitaires et de la communauté constituent aussi des priorités majeures durant les cinq prochaines années ; Elles seront réalisées en partenariat avec les régions et les différentes parties prenantes.

Le programme de développement de leadership, jusqu'ici exécuté dans deux régions (Conakry et Kindia) sera mis à l'échelle par le biais de la contractualisation avec les ONG compétentes.

La planification stratégique et opérationnelle sera renforcée. Chaque année un plan d'action opérationnel sera élaboré sur la base des interventions prévues dans le Plan Stratégique National du programme. L'élaboration de ce plan doit être participative avec l'implication des autres programmes et directions du ministère de la santé, les autres départements ministériels ainsi que le secteur privé et la société civile.

Ce plan prendra en compte toutes les interventions de la lutte contre le paludisme à réaliser aussi bien au niveau central qu'au niveau opérationnel. Les plans d'action opérationnels intégrés des directions régionales et préfectorales tiendront compte des activités du plan d'action du PNLN prévues dans leurs zones.

Une revue à mi-parcours du plan stratégique national sera effectuée en 2020

#### **b) Partenariat**

Dans le cadre du PSN 2018-2022, le PNLN va interagir directement avec toutes les Directions et programmes du Ministère de la santé. Pour éviter une duplication des efforts, une interférence des activités sur le terrain et favoriser l'utilisation rationnelle des ressources, le PNLN veillera à l'implication effective des autres directions et services du ministère de la santé dans la planification et la mise en œuvre des activités ainsi que leur participation aux réunions RBM.

le PNLN développera aussi des axes de collaboration avec le secteur privé à but non lucratif, le secteur privé affilié à la Chambre des Mines de Guinée , société civile et les différents départements ministériels pouvant être impliqués dans la lutte contre le paludisme : Ministères de la sécurité, de l'Environnement, de l'Enseignement Supérieur, de l'Enseignement Pré-universitaire , de l'Administration du territoire, de la promotion féminine et de l'enfance, du plan et coopération, de l'agriculture , de la Communication, les Universités et les Instituts de recherche et de formation.

Le PNLN veillera à la participation de ces départements ministériels aux différentes réunions des groupes RBM et thématiques, à la désignation et formation de leurs représentants et leur implication dans les activités de lutte contre le paludisme au niveau communautaire. Des curricula de formation seront développés en relation avec les écoles et les universités. Ces curricula constitueront des bases de formation des élèves et des étudiants sur la lutte contre le paludisme.

Le PNLN renforcera particulièrement sa collaboration avec les hôpitaux ayant la responsabilité de la prise en charge des cas graves. Ceci se fera à travers des activités spécifiques comme la formation et la supervision par les pairs, le partage de bonnes pratiques entre les hôpitaux.

Les données sur le paludisme de toutes les structures intégrées seront prises en compte dans les rapports périodiques du PNLN.

Au niveau opérationnel un accent particulier sera mis sur la coordination et la collaboration entre les DRS, DPS, les autres services déconcentrés et ONG.

### **c) Renforcement institutionnel et ressources humaines**

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique national 2018-2022, le programme national de Lutte contre le paludisme sera renforcé en ressources humaines de qualité et des cours internationaux organisés en fonction des besoins identifiés par la revue des performances du programme.

Le personnel contractuel et les points focaux des districts seront maintenus et d'autres agents seront recrutés. Plus spécifiquement, avec l'appui des partenaires le PNLN va recruter et prendre en charge les cadres suivants: 5 chauffeurs, 03 comptables, 01 biologiste, 02 entomologistes de haut niveau, 02 experts en suivi/évaluation, 01 informaticien et un secrétaire de direction.

Pour améliorer la gestion financière au niveau régional, des comptables seront recrutés et formés dans les 8 régions et les 38 districts.

Des cours internationaux seront organisés à l'endroit du personnel du PNLN des DPS et des DRS en suivi-évaluation, LAV, gestion de programme et leadership, gestion financière et comptable, paludologie, épidémiologie et bio statistique, socio anthropologie et communication pour le changement de comportement.

Le programme national de lutte contre le paludisme organisera des sessions de formation sur les différentes thématiques de la lutte contre le paludisme en collaboration avec les instituts de formation ou universités nationales et étrangères.

Le renforcement des capacités des prestataires sur les différentes interventions de lutte contre le paludisme et le suivi des activités au niveau des hôpitaux sera contractualisé avec des structures paires du niveau national ou international.

Le renforcement institutionnel sera facilité par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de formation du personnel par niveau. Toutes ces activités feront l'objet d'une évaluation annuelle qui impliquera le PNLN, les partenaires et les DRS/DPS.

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

### **d) Suivi de la mise en œuvre des interventions**

Le suivi de la mise en œuvre des interventions au niveau central et opérationnel se fait à travers les revues trimestrielles, les supervisions, les réunions de coordination des comités RBM, groupes thématiques, CTPRS et CTPS.

Des activités intégrées telles que les activités communautaires, les activités de lutte contre le paludisme pendant la grossesse et la distribution continue des MILDA sont mises en œuvre en collaboration avec d'autres programmes de santé tels que la PCIMNE, le PEV, la SR et la Nutrition.

### **e) Gestion des ressources matérielles et financières**

Dans le cadre de la gestion des ressources matérielles, le PSN 2018-2022 mettra l'accent sur le renouvellement du matériel et la maintenance des infrastructures et du matériel ; Avec l'appui des partenaires les activités ci-après seront réalisées :

- Renouveler les équipements informatiques et bureautique du PNLP, des DPS et de DRS (80 ordinateurs complets, 5 disques durs back up ,30 imprimantes, 25 scanners, 2 photocopieurs grand modèle, 50 vidéo projecteurs, équipement pour vidéoconférence, sonorisation pour la salle de conférence du PNLP et 50 appareils photo numériques)
- Acquérir du mobilier de bureau pour le PNLP (40 tables, 40 fauteuils, 100 chaises, 1 Salon) ;
- Assurer la fourniture du matériel et consommables de bureau (antivirus/an, papiers, bics, agrafeuses.....) ;
- Acquérir 3 véhicules tout terrain de supervision pour les unités de coordination du PNLP et 2 véhicules de coordination du PNLP ;
- Assurer la maintenance préventive des matériels et équipements de la coordination du PNLP sur la base d'un plan de maintenance ;
- Assurer l'entretien et la sécurité des locaux en recrutant des agences spécialisées.

Concernant la gestion financière, la vision du programme pour les cinq prochaines années est d'atteindre un taux de mobilisation des ressources d'au moins 90% du budget prévu. Pour ce faire les activités suivantes seront réalisées :

- Plaidoyer fort et soutenu auprès de l'Etat pour maintenir et renforcer son financement dans la lutte contre le paludisme et subventionner l'achat des médicaments et autres intrants de lutte contre le paludisme à titre de la contrepartie nationale.
- Organisation de table ronde de mobilisation des ressources
- Elaboration de propositions techniques et financière à soumettre aux partenaires nationaux et internationaux ;
- Plaidoyer auprès du secteur privé pour la mobilisation de financement complémentaire
- Développement d'autres stratégies novatrices de mobilisation des ressources.

## **5.2 Modalités de mise en œuvre du PSN**

### **5.2.1 Mécanisme de planification et de mise en œuvre**

**La coordination du PNLP élabore chaque année un plan d'action opérationnel 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 et trimestriels sont élaborés par les unités de PNLP et ses partenaires techniques issus du plan d'action opérationnel 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 se font à travers des réunions et des supervisions à tous les niveaux.

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

La mise en œuvre de certaines interventions nécessitera le recrutement de consultants ou de cabinet et la contractualisation avec les ONG. Pour les consultants ou cabinet, il s'agit notamment de l'élaboration des documents normatifs, de la revue du programme, de la réalisation des enquêtes et recherche et de la conception de supports de communication.

La contractualisation avec les ONG et les instituts de formation ou de recherche va cibler la lutte contre le paludisme au niveau communautaire, la prise en charge du paludisme à l'Hôpital, l'organisation du cours national de paludologie, la recherche et les activités de leadership et de management au niveau des régions et des districts ; Ces activités sur le leadership au niveau régional concerneront le fonctionnement des comités de suivi RBM régionaux et préfectoraux, le suivi des activités des points focaux, l'évaluation des capacités organisationnelles des régions et des districts, la planification opérationnelle, la mise en œuvre du programme de développement de leadership dans les régions et le monitoring semestriel.

Le marketing social des MILDA et certaines activités de communication institutionnelle seront contractualisés avec des structures spécialisées.

Le suivi de la mise en œuvre des activités des structures contractantes sera assuré régulièrement par le PNLP qui mettra en place des cadres de performance appropriés avec des indicateurs spécifiques permettant d'évaluer périodiquement le niveau d'exécution et la qualité des interventions.

Les rôles et responsabilités des acteurs sont définis par niveau :

**Le PNLP** en collaboration avec les services techniques du Ministère de la Santé, a pour rôle la mise en place d'un cadre institutionnel et normatif adéquat, le renforcement des capacités des acteurs et la mobilisation des ressources. Il est chargé notamment de définir le cadre de fonctionnement du système, de concevoir les outils harmonisés de collecte de données programmatiques et financières, de définir le circuit de l'information et les procédures de gestion, de renforcer les capacités des acteurs en matière de formation, de finances, de matériels et équipements.

**Les équipes des DRS et DPS** sont responsables de la mise en œuvre du programme au niveau opérationnel. À ce titre elles sont chargées de la planification et du suivi de proximité des activités sur le terrain et de la production des rapports.

**Les structures opérationnelles** (postes de santé, centres de santé, centres médicaux communaux, hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux et de soins, pharmacies, Agents de Santé Communautaires, animateurs des ONG/OBC) sont chargées de la mise en œuvre des activités de terrain et de la production de l'information locale sous la supervision des DPS. Elles assurent les prestations de services curatifs, préventifs et promotionnels. Elles assurent la collecte et la notification des données sur les cas, décès et prestations de services.

**Les partenaires** sont chargés d'apporter un appui à la mise en œuvre du PSN à travers la mise à disposition de ressources financières et techniques.

## **5.2.2 Renforcement du système de santé**

Dans le cadre du renforcement du système d'approvisionnement des directives, des outils de gestion et un guide de formation seront revus et diffusés. Les acteurs du SIGL seront formés/Recyclés 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) pour aller vers l'informatisation du SIGL. Des supervisions intégrées pour le suivi de la gestion des intrants seront réalisées par niveau.

La PCG qui joue un rôle primordial dans la logistique intégrée des produits de santé sera renforcée dans ses capacités de gestion des achats, de stockage et de la distribution des intrants à travers entre autres la contribution aux travaux de construction du dépôt de Coyah et en équipements.

Pour rendre les produits plus accessibles au niveau décentralisé, la mise en place des magasins régulateurs dans les préfectures a été envisagée. Pour cela, la subvention appuyera l'évaluation en besoin des réhabilitations et équipements (matériel informatique et stockage) des magasins des DPS suivi d'une mise en œuvre de ces réhabilitations.

Le Programme va contribuer au renforcement de capacités du laboratoire nationale de santé publique vers la certification ISO17025 pour le contrôle de qualité des produits de santé.

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

Un appui financier et technique sera apporté à l'inspection générale pour appuyer ce service au niveau opérationnel afin de veiller à la bonne gestion pharmaceutique, au respect de la gratuité des intrants antipaludiques et de la réglementation pharmaceutique.

### **5.2.3 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 PNLN. Ces ressources sont gérées suivant les procédures nationales sous l'autorité de la DAF du MS.

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.

### **5.2.4 Gestion et atténuation des risques**

L'analyse du contexte sociopolitique et la revue de Performance du Programme ont permis d'identifier les risques liés à la mise en œuvre des interventions du PSN notamment.

- L'aggravation de la crise financière Internationale pourrait empêcher la mobilisation des fonds en faveur du Pays, freinant ainsi les investissements dans les interventions clés du programme paludisme ;
- Les faiblesses dans la gestion de fonds pourraient entraîner un retard ou le non décaissement de fonds ;
- Le retard de mise à disposition des intrants pourrait entraîner des ruptures de stocks ;
- La mauvaise qualité des intrants fournis dans le cadre du projet compromettrait l'atteinte des objectifs (par ex. rejet des MILDA, inefficacité de l'insecticide...) ;
- Les difficultés dans la mobilisation des fonds de contrepartie auprès du Gouvernement pourrait entraîner une suspension des fonds alloués par les partenaires pour la mise en œuvre du PSN;
- Les troubles sociopolitiques pourraient empêcher ou ralentir la mise en œuvre du PSN ;
- Des difficultés de maintien du personnel compétent formé par le programme à cause de leur départ pour de meilleures opportunités ou des affectations pourraient impacter sur la mise en œuvre du projet entraînant.
- Le ralentissement ou l'arrêt des activités à cause des épidémies éventuelles (cholera, fièvre Jaune, fièvre hémorragique, maladie à virus Ebola,...) pourrait affecter dangereusement la mise en œuvre des interventions;

- La concurrence du marché illicite des médicaments, l'utilisation anarchique des insecticides et l'automédication pourraient influencer négativement le système d'approvisionnement en intrant et entraîner l'apparition de résistances des parasites aux antipaludiques et des vecteurs aux insecticides.

Pour faire face à ces risques éventuels, le PNLP va mettre en œuvre un plan d'atténuation qui portera sur les priorités après:

- L'instauration du dialogue entre le programme et les autorités administratives et politiques.
- L'exécution du plan de contingence sécuritaire par les comités de crise aux niveaux central et local (préfectures et régions) ;
- Le renforcement de l'implication du système des nations unies pour la gestion des crises ;
- Le renforcement des capacités des institutions étatiques et communautaires à la réponse aux urgences ;
- Le plaidoyer auprès du gouvernement et de l'assemblée pour l'augmentation de la contribution de l'Etat au financement du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme ;
- La facilitation de l'émergence du secteur privé (mesures incitatives) dans la mobilisation des fonds additionnels nécessaires et le renforcement du partenariat avec les sociétés minières, les communautés, les organisations de la société civile, les universités, les médias publique et privés ;
- Le Renforcement de l'appui technique et financier des institutions internationales
- L'appropriation par le personnel du Programme des outils et procédures en vigueur pour faciliter le processus de décaissement et la réalisation des audits et contrôle interne;
- La mise a disposition d'un personnel avec une motivation conséquente :
- L'instauration de la recherche opérationnelle sur l'utilisation des intrants et la mise en place d'un programme de contrôle de qualité et de pharmacovigilance ;
- L'amélioration de l'approvisionnement et de la gestion des stocks des médicaments et des intrants au niveau des formations sanitaires et communautés.

### **5.3 Budgétisation du PSN**

Le budget nécessaire à la mise en œuvre des interventions prévues est résumé dans le tableau n° ... Il est présenté par objectif, stratégie et intervention.

NEPAS COPIER

**Tableau 6 : Résumé par an du budget du PSN 2018-2022 par objectif, stratégie et intervention.**

| Objectifs             | Stratégies                          | Interventions                             | 2 018            | 2 019            | 2 020            | 2 021            | 2 022            | Total             |
|-----------------------|-------------------------------------|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| 1                     | LAV                                 | MILDA ROUTINE                             | 45 022           | 23 617           | 655 930          | 23 617           | 655 930          | 1 404 117         |
|                       |                                     | MILDA CAMPAGNE                            | -                | 4 455 581        | 6 0000           | -                | 4 358 224        | 8 819 805         |
|                       |                                     | AUTRES METHODES DE DISTRIBUTION           | 942 969          | 112 273          | 1 297 097        | 112 273          | 77 511           | 2 542 125         |
|                       |                                     | PID                                       | 110 693          | 750 000          | 750 000          | 650 000          | 650 000          | 2 910 693         |
|                       |                                     | ASSAINISSEMENT                            | 361 705          | 111 726          | 560 564          | 111 726          | 111 726          | 1 257 448         |
|                       | INTERVENTIONS SPECIFIQUES           | TPIg                                      | 1 619 509        | 710 360          | 692 612          | 1 477 965        | 692 612          | 5 193 059         |
|                       |                                     | CPS                                       | 2 455 613        | 2 364 803        | 2 412 965        | 2 364 803        | 2 364 803        | 11 962 988        |
| Sous-total objectif 1 |                                     |   | <b>5 535 511</b> | <b>8 528 362</b> | <b>6 375 169</b> | <b>4 740 385</b> | <b>8 910 807</b> | <b>34 090 234</b> |
| 2                     | PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE       | Diagnostic et Traitement                  | 4 838 855        | 9 174 129        | 7 967 852        | 6 177 664        | 6 082 173        | 34 240 674        |
|                       | PRISE EN CHARGE FORMATION SANITAIRE | Diagnostic                                | 225 221          | 195 708          | 205 314          | 195 708          | 199 018          | 1 020 968         |
|                       |                                     | Traitement                                | 1 002 476        | 172 995          | 590 555          | 172 995          | 590 555          | 2 529 577         |
| Sous-total objectif 2 |                                     |   | <b>6 066 553</b> | <b>9 542 832</b> | <b>8 763 720</b> | <b>6 546 367</b> | <b>6 871 746</b> | <b>37 791 218</b> |
| 3                     | GESTION DE PROGRAMME                | Coordination/partenariat                  | 2 651 231,60     | 3 906 738,80     | 2 858 984,98     | 2 554 345,63     | 3 011 125,89     | 14 982 426,90     |
|                       |                                     | Gestion des ressources:                   | 5 706 654,95     | 5 019 481,40     | 5 464 324,89     | 6 194 225,90     | 6 753 503,60     | 29 138 190,75     |
|                       |                                     | Planification                             | 205 752          | 234 515          | 285 752          | 234 515          | 355 752          | 1 316 287         |
|                       |                                     | Renforcement des capacités et gouvernance | 505 160          | 508 592          | 396 321          | 411 232          | 248 431          | 2 069 736         |

| Objectifs             | Stratégies   | Interventions  | 2 018             | 2 019             | 2 020             | 2 021             | 2 022             | Total              |
|-----------------------|--|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
|                       |  | Structure organisationnelle                                  | 950 378           | 1 919 966         | 948 771           | 942 105           | 1 958 460         | 6 719 680          |
|                       | GAS  | Quantification   | 11 409            | 11 409            | 11 409            | 11 409            | 11 409            | 57 047             |
|                       |  | Renforcement de capacité                                     | 80 847            | -                 | 349 566           | -                 | -                 | 430 413            |
|                       |  | Coordination et suivi  | 65 394            | 65 394            | 65 394            | 65 394            | 65 394            | 326 972            |
|                       |  | Acquisition d'intrants                                       | 19 007 555        | 38 399 324        | 18 975 423        | 18 842 105        | 39 169 198        | 134 393 604        |
|                       | Communication sociale et le changement de comportement | CIP  | 863 840           | 387 703           | 427 578           | 387 703           | 318 044           | 2 384 867          |
|                       |  | MASS/MEDIA   | 115 229           | 113 910           | 115 229           | 108 184           | 113 910           | 566 464            |
|                       |  | PLAIDOYER  | 156 423           | 156 423           | 156 423           | 156 423           | 156 423           | 782 113            |
|                       |  | MOBILISATION SOCIALE   | 2 369 072         | 745 306           | 2 293 250         | 745 306           | 2 293 250         | 8 446 183          |
|                       | SE/recherche opérationnelle                            | Renforcement des compétences                                 | 27 930            | -                 | 224 063           | -                 | 224 063           | 476 055            |
|                       |  | Harmonisation des outils et des méthodes de suivi/évaluation | 56 881            | 36 127            | 36 127            | 36 127            | 36 127            | 201 389            |
|                       |  | Renforcement du système d'assurance qualité des données      | 512 255           | 404 365           | 409 331           | 404 365           | 409 331           | 2 139 647          |
|                       |  | Enquêtes, recherches opérationnelles                         | 959 162           | 1 259 162         | 959 162           | 459 162           | 2 259 162         | 5 895 810          |
| Sous-total objectif 3 |  |  | 34 245 174        | 53 168 417        | 33 977 109        | 31 552 601        | 57 383 584        | 210 326 886        |
| <b>Total</b>          |  |  | <b>46 887 296</b> | <b>73 319 729</b> | <b>51 193 417</b> | <b>44 919 472</b> | <b>76 286 315</b> | <b>282 262 338</b> |

## **6 CADRE DE SUIVI ET EVALUATION**

### **6.1 Cadre de performance**

Le suivi des performances du plan stratégique 2018-2022 sera fait à travers un processus continu de collecte, d'analyse et de 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 2018-2022.

### **6.2 Système de gestion des données**

#### **6.2.1 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 à travers la mise en place du DHIS2. C'est pourquoi, l'appui aux activités de supervision et de contrôle de qualité des données du SNIS sera poursuivi à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les données de routine serviront à l'élaboration des rapports d'activités, des bulletins et autres rapports de suivi et d'évaluation. Des rencontres périodiques seront organisées avec l'équipe chargée du SNIS et autres parties prenantes pour l'analyse de l'évolution des indicateurs liés au paludisme.

La revue à mi-parcours du Plan Stratégique sera réalisée en 2020 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 2022. 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 2023-2027.

#### **6.2.2 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 2022. Elles porteront principalement sur la disponibilité et l'utilisation des services, la morbidité, la mortalité et l'impact socioéconomique du paludisme.

Les principales enquêtes nationales qui seront conduites sont Enquête de couverture annuelle, Enquête CAP tous les deux ans, le MIS ou le MICS-Palu tous les trois ans, l'EDS tous les cinq ans et les enquêtes dans les formations sanitaires tous les ans.

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.

### **6.2.3 Mécanismes de coordination du S&E**

La mise en œuvre du plan de suivi et évaluation du PSN est sous la responsabilité de l'unité S/E du PNLP. La coordination est assurée par le Groupe Technique Suivi et Evaluation (GTSE) du comité national RBM.

Ce comité est composé des cadres de l'unité SE du PNLP, du SNIS, des autres programmes et projets du Ministère de la Santé (VIH, TB, SR, MTN), des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme (OMS, UNICEF, USAID) et des agences d'exécution des projets de lutte contre le paludisme (CRS, STOPPALU, SIAPS).

Les rôles et responsabilités des parties prenantes en matière de SE sont définis par niveau :

Le PNLP en collaboration avec le BSD/SNIS a pour rôle la mise en place d'un cadre institutionnel et normatif adéquat, le renforcement de capacités des acteurs et la mobilisation des ressources pour le SE. Il est chargé notamment de définir le cadre de fonctionnement du système de SE, de concevoir les outils harmonisés de collecte de données, de définir le circuit de l'information et les procédures de gestion des données, de renforcer les capacités des acteurs en terme de formation, de finances, de matériels et équipements.

L'unité SE du PNLP est la structure chargée de la production et de la diffusion de l'information indispensable pour renseigner les indicateurs de SE de la lutte contre le paludisme dans le pays. Elle doit fournir en temps opportun et sous la forme appropriée, les informations nécessaires au suivi de la mise en œuvre et à l'évaluation du Plan Stratégique National.

Les équipes des DRS et DPS, en particulier les chargés de la lutte contre la maladie et des statistiques, sont responsables du suivi de proximité des activités de collecte des données sur le terrain et de la production des rapports. Ils sont chargés de compiler les rapports mensuels des centres de santé et des hôpitaux, d'élaborer un rapport mensuel à transmettre au PNLP et au BSD, de faire une analyse des performances, de réaliser le contrôle de qualité des données et d'assurer le feedback.

Les structures opérationnelles (postes de santé, centres de santé, centres médicaux communaux, hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux et de soins, pharmacies, Agents de Santé Communautaires, animateurs des ONG/OBC) sont chargées de la production de l'information locale. Elles collectent et notifient les cas, décès et prestations de services, compilent les données et élaborent les rapports mensuels ou trimestriels, traitent et analysent les données de couverture et de performance. C'est à ce niveau qu'on retrouve les outils primaires d'enregistrement des cas, de prise en charge des patients et autres prestations de services (sensibilisations, distribution de produits,...).

Les partenaires sont chargés d'apporter un appui à la mise en œuvre du Plan de SE à travers la mise à disposition de l'assistance technique, la fourniture de matériels et équipements adéquats et de ressources financières notamment pour le renforcement des compétences et la réalisation des enquêtes et recherches opérationnelles.

# Annexes

### ***Annexe 1 : Références bibliographiques***

1. MSHP, République de Guinée, Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024
2. MSHP/PNLP, Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2013-2017 ;
3. MSHP/PNLP, Revue de performance du PNLP Guinée, 2012;
4. MSHP/PNLP, Revue a mis parcours du PNLP Guinée, 2015;
5. Nations Unies, Millennium Declaration and the Millennium Development Goals, 2000
6. 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
7. Ministère du Plan, Institut National de la Statistique, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Enquête à Indicateurs Multiples et Paludisme (MICS-PALU 2016) Rapport Préliminaire
8. Organisation Mondiale de la Santé, Rapports Mondial du Paludisme, 2011-2015 ;
9. Roll Back Malaria, Actualisation des objectifs, cibles, jalons et priorités du Plan d'action mondial contre le paludisme (GMAP) au-delà de 2011
10. Roll Back Malaria, Déclaration et Plan d'Abuja 2001-2005 pour Faire Reculer le Paludisme en Afrique, Abuja Nigéria, 25 Avril 2000 ;
11. Roll Back Malaria, Faire Reculer le Paludisme dans la Région africaine: Cadre de mise en œuvre (AFR/RC50/12) ;
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
13. Roll Back Malaria Partnership, Plan d'action mondial contre le paludisme : Pour un monde sans paludisme, 2008
14. Roll Back Malaria Partnership : Plan stratégique mondial Faire reculer le paludisme 2005 – 2015, Avril 2005
15. Roll Back Malaria Partnership : Plan stratégique mondial de lutte contr le paludisme 2016-2030
16. 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 : Liste des participants à l'élaboration du plan stratégique  
2018-2022**

| <b>Numéro</b>                     | <b>Prénoms et Noms</b>       | <b>Institution</b>                        |
|-----------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Ministère de la Santé PNLP</b> |                              |   |
| 1                                 | Dr Moussa KEITA              | Coordonnateur National / PNLP             |
| 2                                 | Dr Timothée GUILAVOGUI       | Coordonnateur National Adjoint PNLP       |
| 3                                 | Dr Souleymane DIAKITE        | CPS PNLP                                  |
| 4                                 | Dr Mohamed Binnè CAMARA      | Pharmacien PNLP                           |
| 5                                 | Dr Aboubacar Deen Touré      | Pharmacien PNLP                           |
| 6                                 | Dr Mamadou Oury Cissé        | Prise en Charge PNLP                      |
| 7                                 | Dr Alioune Camara            | SE PNLP                                   |
| 8                                 | Moussa Samoura               | SE PNLP                                   |
| 9                                 | Mohamed Dioubaté             | SE PNLP                                   |
| 10                                | Kabinè Diané                 | Comptable PNLP                            |
| 11                                | Kalil Keita                  | LAV PNLP                                  |
| 12                                | Denka Camara                 | LAV PNLP                                  |
| 13                                | Ibrahima Sanoh               | Communication PNLP                        |
| 14                                | Dr Moriba Guilavogui         | Partenariat PNLP                          |
| 15                                | Abdoulaye Kaba               | Stagiaire PNLP                            |
| 16                                | Dr Alphonse Vohou Sakouvogui | Ministère de la Santé                     |
| <b>ICN Guinée</b>                 |                              |   |
| 17                                | Dr Mamadou Camara            | Président commission technique paludisme  |
| 18                                | Mamady Kourouma              | RENALP, représentant populations clés     |
| <b>Partenaires</b>                |                              |   |
| 19                                | Dr Youssoufa LO              | MSH/ Conseiller Technique PNLP            |
| 20                                | Dr Patrick Condo             | USAID/PMI                                 |
| 21                                | Dr Abdoulaye Sarr            | USAID PMI-CDC                             |
| 22                                | Dr Lamine Bangoura           | USAID/PMI                                 |
| 23                                | Dr Aissata FOFANA            | Directrice projet Stop Palu/RTI PMI/USAID |
| 24                                | Dr Sitan Keita               | Stop Palu/RTI PMI/USAID                   |
| 25                                | Fanta Kaba                   | Stop Palu/RTI PMI/USAID                   |
| 26                                | Mohamed Condé                | Stop Palu/RTI PMI/USAID                   |
| 27                                | Dr Siriman CAMARA            | NPO/ATM-OMS Guinée                        |
| 28                                | Dr Aliou Ayaba               | Directeur projet FM CRS                   |
| 29                                | Mr cheikh Sidya Gassama      | Directeur Adjoint projet FM CRS           |
| 30                                | Dr Donatien                  | Conseiller Technique SNIS/BSD-FM CRS      |
| 31                                | Ibrahima Bah                 | SE FM CRS                                 |
| 32                                | Dr Boubacar Diallo           | FM CRS                                    |

| <b>Numéro</b>      | <b>Prénoms et Noms</b> | <b>Institution</b>                       |
|--------------------|------------------------|--|
| 33                 | Daloka Delamou         | FM CRS                                   |
| 34                 | Dr Sékou SOLANO        | Plan Guinée                              |
| 35                 | Dr Claude Bahati       | SIAPS                                    |
| 36                 | Dr Silvain Haba        | Childfund                                |
| <b>Consultants</b> |                        |  |
| 37                 | Pr Masserigne Soumaré  | Consultant international                 |
| 38                 | Dr Amadou Sadio DIALLO | Consultant national volet Programmatique |
| 39                 | Mr Mamady DIAKITE      | Consultant national volet Budget         |