

REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail – Justice - Solidarité

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

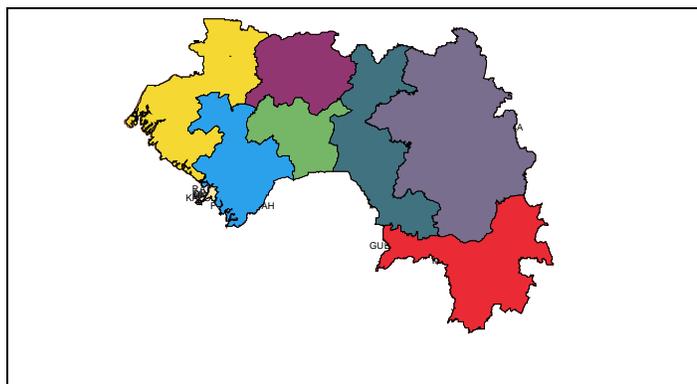
DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIVISION PREVENTION

SECTION ENDEMIES

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

PLAN STRATEGIQUE DE



FAIRE RECULER LE
PALUDISME EN
REPUBLIQUE DE
GUINEE POUR LA
PERIODE
2006 - 2010

Révision de décembre 2007

SOMMAIRE

	Pages
Préface	i
Sigles et abréviations	ii
Liste des figures et tableaux	iii
Résumé	iv
INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER : GENERALITES SUR LA GUINEE	2
1.1. Caractéristiques générales	2
1.2. Situation socio – économique	3
1.3. Profil sanitaire et épidémiologique	4
CHAPITRE DEUXIEME : SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME	6
2.1. Cadre institutionnel et organisationnel	6
2.2. Epidémiologie du paludisme en Guinée.....	7
2.3. Financement de la lutte contre le paludisme	8
2.4. Analyse diagnostique de l'évaluation du plan stratégique 2001 – 2005	9
2.5. Leçons tirées de la mise en œuvre du Plan Stratégique 2001 – 2005	11
CHAPITRE III : PLAN STRATEGIQUE 2006 – 2010	12
3.1 But, Objectifs et Résultats attendus	12
3.2 Axes stratégiques	13
3.3 Mise à échelle des interventions de lutte contre le paludisme en vue d'un impact	13
3.4 Modalités de mise en œuvre des stratégies.....	14
3.4.1 Interventions essentielles intégrées	14
3.4.2 Interventions de soutien	15
3.4.3 Suivi de la performance et évaluation de l'impact	15
CHAPITRE IV : CADRE DE MISE EN ŒUVRE	16
4.1 Interventions essentielles intégrées	16
4.1.1 Réduction du fardeau du paludisme	16
4.1.1.1 Lutte intégrée des vecteurs	16
4.1.1.2 Prévention du paludisme chez la femme enceinte	16
4.1.2 Prise en charge du paludisme – maladie	16
4.1.2.1 Diagnostic du paludisme	16
4.1.2.2 Prise en charge correcte et rapide du paludisme simple	16
4.1.2.3 Prise en charge du paludisme grave	16
4.1.2.4 Prise en charge du paludisme au niveau communautaire et à domicile	16
4.2 Interventions de soutien	16
4.2.1 Gestion du Programme National de Lutte contre le Paludisme	16
4.2.2 Gestion des ressources humaines	16
4.2.3 Gestion matérielle y compris la gestion des achats et approvisionnements ...	16

4.2.4	Coordination du partenariat national FRP en vue d'un impact
4.2.5	Communication intégrée : CCC, plaidoyer et mobilisation sociale
4.3	Suivi de la performance et évaluation de l'impact
4.3.1	Suivi/Evaluation
4.3.2	Surveillance : épidémiologique, entomologique et efficacité antipaludique
4.3.3	Recherche

CHAPITRE V – EVALUATION DES BESOINS ET ANALYSE DES CARENES PROGRAMMATIQUES ET FINANCIERES

5.1	Evaluation des besoins et analyse des carences programmatiques
5.2	Estimations budgétaires
5.3	Mobilisation des ressources et analyse des carences financières

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

Préface

Le Plan Stratégique de « Faire Reculer le Paludisme » en Guinée 2006-2010 est la résultante des efforts issus de l'évaluation du plan précédant et de la prise en compte des nouvelles exigences liées aux stratégies actualisées de lutte contre le paludisme. Son élaboration a eu le mérite d'être soutenue non seulement par l'OMS et l'UNICEF, mais également par le partenariat « Faire Reculer le Paludisme » notamment l'Organisation ouest africaine de la Santé, Plan international, PSI/Nairobi.

L'élaboration de ce document s'inscrit en droite ligne dans le processus de la recherche de ressources destinées à combler le gap afin que SUFI (Scaling up for impact) soit une réalité dans notre pays.

Les informations contenues dans ce document serviront de bréviaire à la mise en œuvre des interventions sur la lutte contre le paludisme que les partenaires voudront entreprendre pour réduire la morbidité et la mortalité attribuables au paludisme.

Il faut signaler que l'analyse du premier plan a indiqué une amélioration tant au niveau de la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticides que dans la mise à échelle du traitement préventif intermittent (TPI) chez la femme enceinte. A ce jour, bien que la prise en charge des cas simples de paludisme par les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) n'ayant pas encore commencé, les esprits sont en voie de préparation.

Je saisis cette occasion pour remercier les consultants et cadres nationaux dont la disponibilité et le dévouement ont permis de réaliser ce document.

Mes sincères remerciements vont à l'endroit de l'OMS et de l'UNICEF pour leur contribution financière et pour la qualité de l'appui technique dans l'élaboration de ce plan stratégique.

Sigles et abréviations

AGFREP :	Association Guinéenne pour faire reculer le Paludisme
AGUILPA :	Association Guinéenne pour la Lutte contre le Paludisme
ARC :	Comité Américain des Réfugiés
ATS :	Agent Technique de la Santé
BAD :	Banque Africaine de Développement
BM :	Banque Mondiale
BND :	Budget National de Développement
CCC :	Communication pour le Changement de Comportement
CMC :	Centre Médical Communal
CPN :	Consultation pré et post natale
CS :	Centre de Santé
CTA :	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DAAF :	Directeur des Affaires Administratives et Financières
DCS :	Direction Communale de la Santé
DNEHS :	Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins
DNSP :	Direction Nationale de la Santé Publique
DPS :	Direction Préfectorale de la Santé
DRS :	Direction Régionale de la Santé
EDS :	Enquête démographique et de Santé
EIM :	Enquête à Indicateurs Multiples
EIBEP :	Enquête Intégrée de Base pour l'Evaluation de la Pauvreté
FRP :	Faire Reculer le Paludisme
FS :	Formation sanitaire
GNF :	Franc guinéen
GTZ :	Coopération Allemande
GVT :	Gouvernement
HCR :	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
HP :	Hôpital Préfectoral
HR :	Hôpital Régional
IEC :	Information Education et Communication
IRA :	Infections Respiratoires Aigues
IST :	Infections sexuellement transmises
JICA :	Agence Japonaise pour la Coopération Internationale
LTO :	Lèpre, Tuberculose et Onchocercose
MAS/PF/E :	Ministère des Affaires Sociales Promotion Féminine et de l'Enfance
MEF :	Ministère de l'Economie et des Finances
MICS :	Enquêtes à indicateurs multiples
MSF :	Médecins sans Frontières
MSP :	Ministère de la Santé Publique
MTI :	Moustiquaires Traités d'Insecticides
OMD :	Objectif du Millénaire pour le développement
OMVS :	Organisation pour la mise en valeur du fleuve Sénégal
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PACV :	Projet d'Appui aux Communautés Villageoises

PASEI :	Programme d'Appui à la Surveillance Epidémiologique Intégrée
PCIME :	Prise en Charge intégrés des Maladies de l'Enfant
PCG :	Pharmacie Centrale de Guinée
PEC :	Prise en Charge des cas
PEV/SSP/ME :	Programme Elargi de Vaccination/ Soins de Santé Primaires/Médicaments Essentiels
PM :	Pour Mémoire
PME :	Petite et moyenne entreprise
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP :	Programme national de lutte contre le paludisme
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRCI :	Programme de Renforcement des Capacités Institutionnelles
PPSG :	Projet Populations Santé Génésique
PS :	Poste de Santé
PSI :	population services International
PSN :	Projet Santé Nutrition
SIDA :	Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
SP :	Sulfadoxine Pyriméthamine
SNIS :	Système National d'information sanitaire
SSEI :	Service Statistique Etudes et Informations
SUFI :	Scaling up for impact (Mise à échelle pour un meilleur impact)
TDR :	Test de dépistage rapide
TV :	Télévision
VIH/SIDA :	Virus d'immuno déficience humaine/Syndrome d'immuno déficience acquis
UNICEF :	Fonds des nations Unis pour l'enfance
USAID :	Agence des Etats Unis pour le développement international
USD :	Dollar Américain

Résumé

Le Plan Stratégique National de « Faire Reculer le Paludisme » de Guinée 2006-2010 est le second du genre. Il présente des données générales sur le pays et particulièrement sur les activités de lutte contre le paludisme. Il décrit les stratégies nouvelles de lutte contre cette maladie, les différentes interventions faites par les partenaires pour alléger le fardeau qui lui est attribué et les engagements financiers pris par ces partenaires. Ceci permettra au programme de rechercher d'autres partenaires pour combler le gap constaté.

Situation de la lutte contre le paludisme

- ✚ Le Programme national de lutte contre le Paludisme (PNLP) est rattaché à la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP). Les activités qu'il mène (PEC, TPI, distribution de MII, mobilisation sociale et supervision) sont intégrées au PEV/SSP/ME.

Le paludisme constitue le premier problème de santé publique en Guinée. Le taux d'incidence hospitalière varie entre 108,3% en 1998 et 115,5% en 2003. Bien que toute la population soit exposée, les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes sont les plus vulnérables.

Le paludisme est responsable d'anémie sévère chez les femmes enceintes. Il est également cause d'avortements, d'accouchement prématurés et de faibles poids à la naissance.

Le Plasmodium falciparum est responsable de près de 98% de paludisme grave.

- ✚ Le plan stratégique 2001-2005 a permis entre autres de :
 - renforcer les capacités de prise en charge
 - élaborer une nouvelle politique de prise en charge par les CTA et de prévention par le TPI
 - améliorer de la couverture en MII
 - renforcer les capacités diagnostiques des laboratoires
 - mettre en place des unités d'imprégnation et former les agents en technique d'imprégnation
 - mettre en place 10 sites sentinelles pour la surveillance épidémiologique
 - améliorer les connaissances des communautés pour un changement de comportement
 - mettre en place un système de suivi/évaluation.

- ✚ Le Programme collabore non seulement avec les structures du MSP mais aussi avec les autres départements, les organisations bi et multilatérales, les ONG nationales et internationales. Il existe un partenariat au niveau communautaire à travers la réalisation des infrastructures, l'imprégnation des moustiquaires par des agents communautaires.

Plan stratégique 2006-2010

L'analyse de situation sur l'initiative FRP et les décisions du sommet d'Abuja sur l'accès universels aux soins préventifs et curatifs permet au PSN de prendre en compte la résolution des problèmes identifiés dont le but est de « contribuer à la réduction de la morbidité attribuables au paludisme par l'accélération de l'accès universel aux interventions préventives et curatives efficaces ».

Le PSN s'articule sur deux stratégies majeures qui sont le renforcement de la prévention et l'amélioration du traitement correct et rapide à tous les niveaux y compris le niveau communautaire.

Cadre de mise en œuvre

La réduction du fardeau du paludisme passe par des interventions intégrées qui sont :

- lutte intégrée contre les vecteurs à savoir l'utilisation des MILDA, l'utilisation des larvicides dans les gîtes larvaires et la gestion de l'environnement (assainissement) ;
- la prise en charge correcte et rapide des cas de paludisme par les CTA en utilisant les TDR ;
- la prise en charge du paludisme grave ;
- la prise en charge au niveau communautaire et à domicile.

Les interventions de soutien (gestion du programme, gestion des ressources humaines et matérielles, le partenariat, la communication intégrée, le suivi/évaluation) permettent d'atteindre les objectifs et d'avoir les indicateurs de troisième niveau.

Evaluation des besoins et analyse des carences programmatiques et financières

Les budgets ont été estimés à **63844819 \$ US** ; les partenaires ont apporté **59 990 497 US** et le gap est de **3 854 322 US**.

INTRODUCTION



Révision Politique nationale

Le paludisme reste le premier problème de santé en Afrique au sud du Sahara avec 90% des 300 à 500 millions de cas estimés au niveau mondial et du million de décès surtout parmi les enfants de moins de 5 ans. En effet la Région africaine paye un lourd tribut en matière de pertes de vie humaine et de frein au développement.

La Guinée fait partie des pays de la zone équato - soudanienne où le paludisme sévit de janvier à décembre de chaque année avec des périodes de haute transmission de juillet à octobre. Les données statistiques disponibles font ressortir que ce fléau représente la première cause de consultation ; et d'hospitalisation dans les formations sanitaires, respectivement 33,6 % et 25,4 % plus de 850 000 épisodes de paludisme et 22 292 hospitalisations ont été enregistrés dans les formations sanitaires (SNIS 2005).

Le paludisme a un impact négatif sur le budget des familles et de l'Etat. Selon l'étude d'impact socioéconomique réalisée en 2004*, le nombre de journées perdues est estimé à 2 353 001 pour les malades et 1 705 388 pour les accompagnateurs. Son traitement et sa prévention constituent une charge importante et difficilement supportable par l'état et les familles particulièrement dans un contexte de pauvreté. Selon la même étude, le coût du paludisme sur l'économie guinéenne a été estimé à 135 265 782 026 GNF en 2002 soit 54 106 313 USD dont environ 83 % sont supportés par les ménages. Il faut noter que le coût de la prévention du paludisme (utilisation de moustiquaires, spirales, pulvérisation intra domiciliaires, chimioprophylaxie...) représente 43 % du coût total.

Les moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) constituent le moyen de prévention le plus efficace mais leur taux d'utilisation est encore faible dans la population en général. Selon les résultats de l'EDS 2005 le taux de couverture est de 1,4% chez les enfants de moins de 5 ans et de 1,7% chez les femmes enceintes. Par contre l'enquête de couverture menée en 2006 dans les six préfectures couvertes par le Fonds Mondial a montré une couverture de 42 % chez les enfants de moins de 5 ans et de 53 % chez les femmes enceintes.

Ce résultat qui concerne moins du quart (25%) des districts sanitaires du pays quoique encourageant, pose le problème de l'accélération de l'accès universel. Pour ce faire le nouveau plan stratégique doit rechercher la mise à échelle rapide grâce au SUFI (scaling up for impact).

C'est pourquoi le présent Plan Stratégique Quinquennal basé sur la nouvelle Politique de lutte contre le paludisme, vise à mettre à l'échelle les interventions prioritaires de la lutte antipaludique pour la période de 2006 à 2010.

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

CHAPITRE PREMIER

GENERALITES SUR LA GUINEE



Mont Nimba

1.1. Caractéristiques générales

La Guinée est un pays côtier située dans la partie occidentale du continent africain, à mi-chemin entre l'équateur et le tropique du Cancer (7°30 latitude Nord et 8°15 longitude ouest). Elle couvre une superficie de 245.847 km². Elle est limitée à l'ouest par la Guinée Bissau et l'Océan Atlantique, au nord par le Sénégal et le Mali, à l'est par la Côte d'Ivoire et Mali et au sud par la Sierra Leone et le Liberia.

I.1.1 Situation géo écologique : le pays se subdivise en 4 zones naturelles bien distinctes et intérieurement homogènes. Ce sont la Basse Guinée à l'ouest, la Moyenne Guinée au nord, la Haute Guinée à l'est et la Guinée Forestière au sud. Il doit son originalité à son milieu naturel qui se caractérise par des conditions climatiques bien distinctes. Des barrières homogènes et l'orientation des reliefs qui se combinent donnent à chaque région des particularités du point de vue climat, sol, végétation et mode de vie des populations.

Basse Guinée ou Guinée Maritime :

Cette région constitue le bassin alluvionnaire des rivières côtières. Son climat est influencé par la mousson, alizé maritime qui apporte une abondante précipitation sur la côte. La pluviométrie moyenne est partout supérieure à 1.800mm, atteignant 3.000 mm à Conakry. Les températures sont constamment élevées tout au long de l'année. La région est arrosée par de nombreux cours d'eau (Tinguilinta, Konkouré, Fatala) issus des versants occidentaux des massifs foutaniens formant le bassin côtier.

Moyenne Guinée ou Fouta Djallon

C'est une région de montagnes et de plateaux dont le relief culmine au mont Loura (Mali) à 1.538m. Le climat tropical y est modifié en microclimat de montagnes. Les précipitations y sont très peu abondantes variant de 1.500 à 2000 mm. Les cours d'eau de cette région, principalement la Gambie, et le Sénégal et leurs affluents forment le bassin du Nord.

Haute Guinée

C'est la zone de savane et de plateaux. Du point de vue de climat, c'est la région la plus aride de la Guinée. Les précipitations varient de 1.200 à 1.800 mm par an. Le Niger et ses affluents (Niandan, Tinkisso, etc.) forment le bassin de l'est.

Guinée Forestière

Cette région se caractérise par sa végétation dense mais aussi par ses montagnes qui sont le prolongement du massif Foutanien. Son climat est de subéquatorial avec des précipitations abondantes et quasi régulières tout au long de l'année (8 à 9 mois). La pluviométrie moyenne annuelle varie de 1.800 à 2.300 mm. Les principaux cours d'eau de cette région (Manon, Makona et Loffa) forment le bassin du sud.

1.2. Situation socio – économique

La Guinée a été dotée par la nature par d'importantes potentialités agricoles et minières qui constituent des atouts majeurs pour son développement économique et social. L'agriculture, l'élevage et la pêche y sont propices à cause de la pluviométrie, du climat et de la végétation. Le sous-sol est riche en bauxite, or, fer, diamant, etc. En dépit de ces atouts, la Guinée reste un pays pauvre. En effet, près de 49,2% de la population se trouve dans une situation de pauvreté absolue selon les données l'EIBEP 2002/2003.

Le revenu national brut par tête d'habitant est passé de 450 \$ US en 2000 à 387,7US en 2004. Malgré ce sombre tableau, des résultats encourageants ont été obtenus : taux de croissance annuelle de 4,5% entre 1995 et 1997, l'inflation ramenée à 1,9%, le taux de scolarisation passé de 28,6 à 50,4% entre 1990 et 1997, la proportion de la population ayant accès à l'eau potable de 28% en 1989 à plus de 50% en 1995 et l'accès aux soins de santé primaires de 10% en 1986 à 40% en 1996.

1.3. Profil sanitaire et épidémiologique

Les structures de santé sont calquées sur les structures administratives. De la base au sommet, on distingue :

1. A la base, se trouvent les postes de santé qui constituent le premier niveau de contact avec les services de santé par la population. Ils sont situés au niveau des grosses agglomérations villageoises et sont au nombre de 604. Leur rayon d'action s'étend sur 5. . En plus des prestations dans les PS, on y développe les activités communautaires et traditionnelles. km.
2. Au niveau des Communautés Rurales de Développement (CRD) sont implantés les centres de santé. Ces derniers couvrent la population de la sous-préfecture allant quelques fois jusqu'à 50.000 habitants. Les centres de santé sont au nombre de 400, ils supervisent les activités des PS et développent les activités curatives, préventives et promotionnelles.
3. Au niveau des districts sanitaires, on compte 38 Directions Préfectorales/Communales de santé et 26 hôpitaux communaux/préfectoraux. Ces hôpitaux constituent le 2^{ème} niveau de références et assument la prise en charge correcte des malades et la contre référence. Le suivi des activités est assuré par une équipe composée du Directeur de l'Hôpital, du Directeur des microréalisations ou le représentant de la communauté et du Directeur Préfectoral de la santé.
4. Au niveau régional (intermédiaire), il y a les directions régionales de la santé (DRS : 8) et les hôpitaux régionaux (HR : 7). Le fonctionnement du secteur de la santé est assuré par une équipe régionale dont la composition est identique à celle du niveau périphérique.
5. Au niveau national (central) il y a les services centraux du département de la santé et les structures nationales de soins (2 hôpitaux nationaux et 2 hôpitaux d'entreprise), des structures rattachées et des établissements autonomes. Ils comprennent :

- **directions nationales** (santé publique, établissements hospitaliers et de soins, laboratoire pharmacie et) ;
- **services d'appui** : inspection générale de la santé, division des affaires administratives et financières, service statistique/ études/ information et le secrétariat central
- **structures rattachées** : Centre de Formation et de Recherche en Santé Rurale de Maférinyah, Institut National de Santé de l'Enfant, Service National de Santé Scolaire et Universitaire ;
- **établissements autonomes** : Institut National de Santé Publique, Service National de Médecine du Travail, Centre National de Transfusion Sanguine et une entreprise publique d'importation et de commercialisation de médicaments (Pharmacie Centrale de Guinée) et un service de maintenance hospitalière;

En ce qui concerne le secteur privé la situation selon l'annuaire des statistiques sanitaires de 2004 se présente comme suit : :

- **le secteur médical** : cliniques privées (32), cabinets médicaux et de soins (271), cabinets dentaires (23), cabinets de sage femmes (22) et cabinets d'imageries (5)
- **le secteur bio pharmaceutique** : points de vente (40), officines (263), sociétés d'importation (26) et agences de promotion (16), laboratoires d'analyse biomédicale (9).

Par ailleurs, des programmes nationaux de lutte contre la maladie ont été créés dont certains disposent de leurs propres infrastructures. C'est le cas du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Le fonctionnement de celui-ci est assuré par une coordination nationale dirigée par un coordonnateur assisté d'un adjoint, d'un service administratif et financier et comprenant les sections suivantes :

- Epidémiologie, Recherche et Suivi/Evaluation
- Lutte antivectorielle,
- IEC
- Prise en charge des cas
- Pharmacie

Le PNLDP dispose d'une équipe de 4 médecins, 1 pharmacien, 3 biologistes et 13 techniciens de santé (aide santé, laborantins et ATS), 1 Secrétaire et 2 chauffeurs

CHAPITRE DEUXIEME

SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME



2.1. Cadre institutionnel et organisationnel

Les différents Programmes Nationaux de lutte contre la maladie sont rattachés à la division prévention sous tutelle de la Direction Nationale de la Santé Publique.(DNSP). Les activités du Programme de Lutte contre le Paludisme (PNLP) telles que la prise en charge (PEC) des cas, le traitement préventif intermittent (TPI), la vulgarisation des MII, la mobilisation sociale et la supervision sont intégrées au PEV/SSP/ME et leur décentralisation facilite la collaboration intra sectorielle. La PCIME est en phase de mise à échelle nationale (formation en PCIME clinique et communautaire),

La division promotion de la santé collabore avec le PNLN pour les activités de communication en appui à la lutte contre le paludisme affectant les femmes, les enfants, et les populations des zones à risque.

En collaboration avec le PNLN elle participe à l'orientation, la coordination, l'harmonisation et le développement des messages, de contrôle de qualité des messages, des supports, des productions médiatiques, de suivi et d'évaluation de l'impact activités de communication.

Il faut rappeler que dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), la stratégie retenue est l'intégration des programmes nationaux prioritaires (paludisme, IST/VIH-SIDA, LTO/IRA, Nutrition, Santé de la Reproduction et Planification familiale, Maternité sans risque et survie de l'enfant, et la Surveillance épidémiologique Intégrée des Maladies à potentiel épidémique).

De nos jours, le constat est qu'il n'y a pas eu de cadre de coordination de l'intégration au niveau central et aucun mécanisme de suivi n'a été mis en place. Les activités de certains programmes sont mieux exécutées à la base à cause des moyens financiers dont ils disposent au détriment d'autres pourtant retenus aussi comme prioritaires.

2.2. Epidémiologie du paludisme en Guinée

Le paludisme constitue le premier problème de santé publique en Guinée. Le taux d'incidence hospitalière varie de 108,3‰ en 1998 à 115,3 ‰ en 2003. La saison pluvieuse est la période où le plus grand nombre de cas est enregistré avec des pics en juillet et août. Les régions de savane (Haute - Guinée) et de montagnes (Moyenne - Guinée) sont les moins touchées avec des incidences annuelles respectives de 53 ‰ et 86‰. Par contre, celles de la Guinée Forestière (à forêt dense) et de la Basse Guinée (marécageuse) sont les plus affectées avec des taux allant jusqu'à 244‰. Malgré que toute la population soit exposée au risque, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les couches les plus vulnérables. Par exemple, en 2003 près de 2/3 des cas notifiés, (soit 66%) sont dans la tranche d'âge de 0 à 5 ans et 46 % des hospitalisations sont dues au paludisme. Le taux de létalité hospitalière au cours de la même année est de 3, 45 %. Le paludisme est également responsable d'anémie sévère chez la plupart des personnes atteintes, notamment les femmes enceintes. Il provoque en effet des avortements, accouchements prématurés et est souvent responsable des faibles poids à la naissance.

Les principaux vecteurs responsables de l'infection sont l'*A. gambiae* (le prédominant) et *A. funestus*.

L'espèce plasmodiale la plus couramment rencontrée est le *Plasmodium falciparum* (98%) qui est responsable du paludisme grave. Les autres espèces sont le *Plasmodium malariae* 1.5% et le *Plasmodium ovalae* 0.5%.

La résistance du parasite aux antipaludiques les plus efficaces et les plus accessibles financièrement pèse de tout son poids sur la santé économique et sociale des populations. Les résultats des récents tests effectués montrent des taux d'échec variant entre 7 et 28%. Le taux de 28% a été noté dans le district de N'Zérékoré qui a abrité pendant près d'une décennie une partie des réfugiés venus de la Sierra Leone et du Liberia.

Selon l'Enquête à Indicateurs Multiples (EIM, 1996) du Ministère de l'Economie/ Finances et de l'UNICEF, la prévalence du paludisme/ fièvre chez les enfants de moins de 5 ans en Guinée est de 37,2%. (Voir MICS 2003)

2.3 Situation actuelle de la lutte contre le paludisme

Dans le cadre de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » (FRP), de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (Objectif 6 : Lutte contre le Sida, le paludisme et autres maladies) et de la mise en œuvre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, le Gouvernement Guinéen, en collaboration avec ses partenaires au développement (Fonds Mondial, OMS, Unicef, USAID, JICA, Banque Africaine de Développement, GTZ,...) a élaboré et mis en œuvre le plan stratégique 2001-2005.

Ce plan stratégique a permis de :

- Renforcer partiellement les capacités de la prise en charge des cas sur la base de la politique de traitement à la chloroquine ;
- Réaliser des études de chimio sensibilité ;
- Elaborer la nouvelle politique de prise en charge du paludisme (CTA et TPI) ;
- Introduire et mettre à échelle le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes ;
- Améliorer l'accès aux MII ;
- Mettre en place des unités d'imprégnation ;
- Renforcer les capacités de diagnostic des laboratoires ;
- Mettre en place un projet pilote de prise en charge des cas de paludisme basé sur l'introduction des CTA et de TDR dans le district de Dabola (soit un district sur 38) ;
- Mettre en place 10 sites sentinelles fonctionnels pour la surveillance épidémiologique ;
- Améliorer les connaissances des communautés pour un changement de comportement en faveur de la lutte contre le paludisme ;
- Mettre en place un système de suivi/évaluation.

Cependant, il y a encore un manque à gagner important dans les domaines suivants :

- La prise en charge correcte et rapide des cas avec des médicaments de qualité notamment les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artésiminine (CTA) et l'utilisation du laboratoire y compris les Tests de diagnostic rapide ;
- La prévention du paludisme par l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées ;
- Le renforcement de la stratégie du traitement préventif intermittent (TPI) chez la femme enceinte;
- La gestion des approvisionnements en moustiquaires imprégnées et en médicaments (transit, stockage, distribution, suivi évaluation) ;
- La mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le paludisme ;
- Les activités de soutien : supervision, évaluation, logistique, équipement, recherche, pharmacovigilance.

2.4. Financement de la lutte contre le paludisme (Budget alloué à la santé)

En ce qui concerne les ressources financières, le budget de l'Etat alloué au secteur de la santé s'élève en 2004 à 62.091.000.000 GNF contre un budget total de 1 014 159 000 000 GNF soit 6,12%. Le salaire du personnel absorbe près de la moitié du budget (59,6%) tandis que le fonctionnement hors salaire représente 40,4%. Le taux d'exécution budgétaire représente environ 58,4

2.5. Cadre du partenariat

Pour le développement du secteur de la santé et notamment celui de la lutte contre le paludisme, le MSP collabore étroitement avec certains départements ministériels dont les représentants siègent au sein du groupe thématique. A ce titre, le Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion féminine et de l'enfance participe à travers les groupements féminins, à la vulgarisation des moustiquaires et autres matériaux imprégnés d'insecticide. Le Ministère de l'administration du territoire et de la décentralisation mobilise les communautés pour l'assainissement. Il participe à la construction des formations sanitaires, et leur gestion à travers des comités de gestion des centres de santé et les conseils d'administration des hôpitaux. Les communautés participent également au financement du secteur de la santé en contribuant au paiement d'une partie des coûts des prestations fournies.

Le Ministère de l'économie et finances participe à la prise en charge des frais de fonctionnement et d'investissement (Salaires du personnel, construction du siège du Programme, exemption des droits des taxes douanières sur l'importation des médicaments, l'équipement et autres fournitures).

Le financement des investissements du secteur et d'une bonne partie des dépenses de fonctionnement est largement tributaire des contributions extérieures. Le faible développement de mécanismes de partage des risques maladies dans le pays est un obstacle à la mise en œuvre d'une politique sociale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

Le Ministère de l'Enseignement et de la Recherche Scientifique à travers l'implication de l'Université dans l'orientation et l'exécution des activités de formation et de recherche est appréciable. Elle est aussi représentée dans le groupe thématique et le comité de pilotage

de “ Faire Reculer le Paludisme ”. Malheureusement, le cursus de formation à l’Université et dans les écoles paramédicales ne tient pas compte des orientations de la politique nationale en matière de lutte contre le paludisme. Cependant, les écoles paramédicales organisent des réunions d’information à l’intention des élus locaux et des services décentralisés pour renforcer la mobilisation sociale, l’hygiène et l’assainissement.

Le Ministère de l’agriculture et de l’élevage collabore avec le département de la santé dans la conception et la mise en œuvre des projets de développement agricole notamment en ce qui concerne l’aménagement du bassin du fleuve Sénégal (OMVS) et la réalisation des pistes rurales.

Le Ministère de l’Environnement

Le Ministère de l’Information, dans le cadre de la collaboration intersectorielle, assure la couverture médiatique des activités de santé du MSP, appuie la production des messages éducatifs et sketches sur la lutte contre le paludisme et les diffuse soit gratuitement soit à des tarifs préférentiels.

Dans le domaine du partenariat, les communautés, les ONGs et les bailleurs de fonds sont impliqués dans la conception, l’exécution et le financement des projets et programmes. Les principaux en cours d’exécution sont : PEV/SSP/ME, le projet d’Appui au Plan National de Développement Sanitaire, les programmes de lutte contre le paludisme, la lèpre, la tuberculose, le SIDA,...

Collaboration bi et multilatérale

La collaboration avec les partenaires extérieurs est positive. Ils participent activement au financement des activités et aux réunions trimestrielles du groupe thématique sur le paludisme dont ils sont membres. Les principaux partenaires extérieurs intervenant dans le financement du programme sont :

- **OMS** : appui technique par la mise à disposition à plein temps d’un consultant national et temporairement de consultants internationaux, financement des activités techniques, formation du personnel à l’extérieur et à l’intérieur du pays, équipement en matériel informatique et de laboratoire, fourniture de matériel roulant, mission de cadres nationaux à l’extérieur et fourniture de médicaments anti-paludiques.
- **UNICEF** : financement des activités de formation des agents communautaires et de la mise en œuvre de la promotion de MII, sensibilisation de la communauté à travers les médias publiques, fourniture de matériels d’imprégnation (kits, tulles moustiquaires, insecticides) et de bureautique, recherche opérationnelle, supervision technique, la fourniture des médicaments dans le cadre de l’introduction du TPI.
- **BM** : à travers le Projet d’Appui aux Communautés Villageoises (PACV) et le projet d’Appui au plan national de développement sanitaire (APNDS) la BM intervient dans la construction et l’équipement des infrastructures sanitaires (CS, DPS) , l’achat de médicaments et de moustiquaires imprégnées.

- **BAD** : financement des activités de prévention (fourniture de médicaments et de matériels d'imprégnation de moustiquaires et autres matériaux) et de prise en charge des cas (formation du personnel et des agents communautaires).
- **JICA** : fourniture de matériel roulant, de moustiquaires, insecticides, appareils de pulvérisation/ fumigation et matériels de protection.
- **PNUD** : appui au renforcement de la capacité du récipiendaire principal du fonds mondial par la mise en place d'une unité de gestion du projet, Voyages d'études et mission des cadres nationaux aux séminaires/ ateliers à l'extérieur;
- **USAID** : appui pour la participation des cadres nationaux aux séminaires/ ateliers à l'extérieur, recrutement d'un consultant pour appuyer la mise en œuvre de la PCIME.
- **GTZ** : appui aux districts de santé dans le cadre de la supervision et de la formation des agents, l'équipement en outils de communication et la promotion de l'utilisation des MII.
- **ONGs** : les ONGs nationales et internationales à travers le Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation collaborent avec le Ministère de la Santé dans la conception et la mise en œuvre des projets et programmes de santé.

- **ONGs internationales**

- **MSF/Suisse** : unique partenaire à introduire les combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) et Test de diagnostic rapide (TDR) dans le traitement de paludisme simple à Dabola (Haute Guinée) conformément à la nouvelle politique de traitement contre le paludisme
- **PSI** : à travers le marketing social de MII à longue durée d'action, PSI appuie leur promotion et leur distribution dans les districts de Boké et N'Zérékoré.
- **Africare**, basée à Dabola et Dinguiraye (région de la Haute Guinée) : formation des agents de santé et agents communautaires à la PEC des cas simples et graves et en technique d'imprégnation
- **Save the Children**, basée à Kankan (région de la Haute Guinée) : formation des agents de santé de leurs zones d'intervention à la PEC des cas simples et graves, approvisionnement en tulle moustiquaires et vulgarisation des MII, participation aux réunions de consensus, supervision des agents communautaires.
- **Plan international Guinée**, basée à Kissidougou (région forestière) : intervient dans la formation des agents communautaires en techniques d'imprégnation, en technique de communication pour un changement de comportement, la construction d'infrastructures sanitaires au niveau des villages et le recrutement des ATS communautaires.
- **ARC Santé**, basé à Kissidougou (région forestière) : Appui à la formation des agents de district à la PEC des cas, participe aux différentes réunions dans le cadre de FRP ;
- **Engenderhealth** : apporte un appui technique dans le domaine de la communication pour un changement de comportement.

- **ONGs nationales**
 - **AGUILPA, AGFREP et ASACUD** : appui à la mobilisation sociale et la mise en place des unités d'imprégnation des moustiquaires y compris la distribution des moustiquaires.
 - **Sidalerte** : en partenariat avec AGUILPA et AGFREP, appui à la sensibilisation des communautés.

Dans le cadre du partenariat régional, il faut noter la mise en place de :

- L'Initiative « Santé pour la Paix » qui regroupe la Gambie, la Guinée, la Guinée Bissau et le Sénégal. Ces pays ont élaboré un plan de travail commun avec des objectifs et stratégies pour lutter contre les maladies prioritaires (paludisme, VIH/SIDA et les maladies évitables par la vaccination).
- L'Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal (OMVS) regroupant 4 pays (Sénégal, Mauritanie, Mali et Guinée). Cette organisation intervient dans la prise en charge et la prévention du paludisme et de la bilharziose au niveau des préfectures situées le long du fleuve sénégal.

Partenariat au niveau communautaire

Le paludisme est reconnu et perçu par les communautés comme un réel problème de santé publique. A ce titre, elles participent à la réalisation des infrastructures sanitaires de base, au financement de la santé en contribuant au paiement d'une partie des coûts des prestations fournies, à la gestion des structures sanitaires à travers les comités de gestion qui sont l'émanation des populations et aux activités promotionnelles de santé. Elles assurent la mise à disposition des agents communautaires qui participent aux activités de prévention et de lutte contre le paludisme notamment l'imprégnation, la sensibilisation et la vulgarisation des MII, la prise en charge des cas de paludisme simple y compris les références vers les structures de santé. Cependant, la faible motivation des membres des comités de gestion représente un obstacle au plein épanouissement de la participation communautaire.

Dans les communautés, les tradithérapeutes participent à travers les moyens traditionnels à la prise en charge des cas de paludisme

2.6. Analyse diagnostique de l'évaluation du plan stratégique 2001 – 2005

2.6.1. Rappel des résultats attendus :

La morbidité et la mortalité attribuables au paludisme sont réduites de 30% ;

Au moins 60% des personnes à risque, surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ont bénéficié de mesures de protection telles que les MII et autres interventions ;

Au moins 60% des femmes enceintes surtout les primipares ont accès à la chimioprophylaxie ou à un traitement intermittent

Au moins 60% des personnes avec une présomption de paludisme ont accès à un traitement rapide et adéquat dans un délai de 24h.

2.6.2. Rappel des performances liées au processus :

N°	INTERVENTIONS/ACTIVITES	NBRE PREVU	NBRE REALISE	TAUX DE REALISATION EN %tage	OBSERVATION
1	Renforcer partiellement les capacités de la prise en charge des cas sur la base de la politique de traitement à la chloroquine	ND			
2	Réaliser des études de chimio sensibilité	1		100	
3	Elaborer la nouvelle politique de prise en charge du paludisme (CTA et TPI)	1		100	
4	Introduire et mettre à échelle le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes	ND	Tout le pays	100	
5	Mettre en place un projet pilote de prise en charge des cas de paludisme basé sur l'introduction des CTA et de TDR dans le district de Dabola (soit un district sur 38)	0	Réalisé	100	
6	Renforcer les capacités de diagnostic des laboratoires	ND	16		
7	Améliorer la prise en charge correcte et rapide des cas avec des médicaments de qualité notamment les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artésiminine (CTA) et l'utilisation du laboratoire y compris les Tests de diagnostic rapide	ND	1	2,6	
8	Renforcer la stratégie du traitement préventif intermittent (TPI) chez la femme enceinte	ND	100		
9	Améliorer l'accès aux MII	ND	43		Dans les préfectures couvertes par le

					FM
10	Mettre en place des unités d'imprégnation				
11	Mettre en place 10 sites sentinelles fonctionnels pour la surveillance épidémiologique	10	10	100%	
12	Améliorer les connaissances des communautés pour un changement de comportement en faveur de la lutte contre le paludisme	ND	Tout le pays	75%	A travers une campagne multimédia d'information
13	Mettre en place un système de suivi/évaluation	ND	1 unité S/E au PNL	100%	
14	Prévention du paludisme par l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées	ND	43		Dans les préfectures couvertes par le FM
15	Gestion des approvisionnements en moustiquaires imprégnées et en médicaments (transit, stockage, distribution, suivi évaluation)	ND	PCG	70%	
16	La mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le paludisme	ND	Elle se fait	55%	
17	Les activités de soutien : supervision, évaluation, logistique, équipement, recherche, pharmacovigilance	ND	Elles se réalisent	60%	

2.6.2. Rappel des principaux résultats :

INDICATEURS	2001	2005*	2006	
			Dist. FM	Dist. Contr.
Proportion d'enfants ayant eu le paludisme/fièvre et ayant bénéficié d'un traitement correct dans les 24h		13,9%		
Proportion d'enfants ayant eu le paludisme/fièvre et ayant bénéficié d'un traitement correct dans les FS		30%		
Proportion d'enfants atteints de paludisme grave et correctement pris en charge dans les FS		60%		
Proportion de FS n'ayant pas connu de rupture de stock de médicaments de prise en charge du paludisme grave au cours des 3 derniers mois et pendant 7 jrs de suite		78%		
Proportion d'enfants ayant dormi sous moustiquaire la nuit précédant l'enquête		12%		
Proportion d'enfants ayant dormi sous moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédant l'enquête		0,3%		
Proportion de FE ayant dormi sous moustiquaire la nuit précédant l'enquête		13,3%		
Proportion de FE ayant dormi sous moustiquaire imprégnée la		0,4%		

nuit précédant l'enquête				
Proportion de FE ayant eu une chimioprophylaxie à la Chloroquine		69,9%		
Proportion de FE ayant eu un Traitement Préventif Intermittent à la SP	ND	2,9%		
Proportion de FE ayant eu au moins + CPN au cours de la grossesse		82%		

* EDS 2005 : Rapport final

2.7. Analyse FFOM

FORCES

- Volonté Politique
- Existence du PNLP
- Existence d'un document de Politique nationale de lutte contre le paludisme
- Important acquis financier dont le 6^{ème} Round
- Partenariat renforcé

FAIBLESSES

- Faible disponibilité des antipaludiques
- Non disponibilités des CTA
- Insuffisance de supervision /coordination
- Faible niveau des suivi/évaluation
- Faible niveau de collecte et analyse des données
- Mauvaise gestion du PNLP
- Insuffisance de services
- Faible implication des secteurs privés
- Faiblesse de la mobilisation des ressources

OPPORTUNITES

- Existence d'un système de santé décentralisé
- Engagement des partenaires
- Nouveau Leadership à la coordination et au CCM
- Mobilisation des ressources
- Obtention du financement du 6^{ème} Round

MENACES

- Environnement socio politique instable
- Possible suspension éventuelle des financements existants
- Faible niveau de financement de l'Etat

2.8. Leçons tirées de la mise en œuvre du Plan Stratégique 2001 – 2005

Grâce à l'implication des autorités sanitaires de la Guinée, des partenaires au développement et de la communauté, la mise en œuvre du plan stratégique a connu un succès relatif avec les activités réalisées par le Programme National de lutte contre le paludisme à travers les structures sanitaires du pays, les privés et les ONGs.

Le nouveau plan stratégique devra potentialiser les forces et opportunités pour l'atteinte des objectifs de réduction de 50% de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme. Les efforts devront être faits pour corriger les faiblesses et si possible les menaces.

Les faiblesses identifiées sont :

- Faible disponibilité des CTA
- Faible taux de couverture en MII
- Faible taux de couverture en TPI
- Mauvaise gestion du PNL

Une menace a été identifiée : La suspension du financement.

Pour lever ces goulots d'étranglement une démarche analytique a permis d'identifier les problèmes en cause puis les déterminants de ces problèmes, les hypothèses expliquant leurs survenues et celles pour permettre de les corriger.

Ainsi les interventions correctrices se résument en :

- Elaboration d'un diagramme de responsabilité
- Description claire des tâches
- Renforcement du suivi évaluation par le MSP a travers ses services techniques
- Amélioration du plaidoyer du MSP au près du Gouvernement
- Amélioration de la mobilisation des ressources
- Dissémination du document de politique révisée
- Accélération des commandes de CTA
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan intégré de supervision
- Instauration de la supervision du PNL par le niveau supérieur
- Validation des documents : plan introduction CTA, Plan de mise à échelle des IBC, manuel de formation y compris algorithme et guide de traitement
- Formation du personnel de santé des secteurs public, privé et associatif, les ASC
- Renforcement de la Communication pour le Changement de Comportement
- Partenariat des structures publiques, privées et associatives
- Gestion accès sur les résultats
- Elaboration d'un plan de promotion des moustiquaires (évaluation des besoins, plan de distribution)
- Subvention/Gratuité
- Réalisation d'enquêtes
- Elaboration d'un plan d'approvisionnement (évaluation, commande, distribution)
- Reproduction et distribution des outils de gestion révisés

CHAPITRE III

PLAN STRATEGIQUE 2006 - 2010



Journée de concertation

3.1 But, Objectifs et Résultats attendus

Après une analyse de situation tant au niveau national qu'au niveau district dans le cadre de l'Initiative mondiale "FRP" et du sommet d'ABUJA sur l'accès universel aux soins préventifs et curatifs, le présent plan quinquennal prend en compte la résolution des différents problèmes identifiés.

3.1.1 But :

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité attribuables au paludisme par *l'accélération* de l'accès *universel* aux interventions préventives et curatives efficaces.

3.1.2 Objectif général

Réduire de 50% la morbidité et la mortalité attribuables au paludisme d'ici fin 2010.

3.1.3 Objectifs spécifiques

D'ici fin 2010 :

- Protéger 100 % des personnes à risques de paludisme grâce à des méthodes appropriées de lutte intégrée contre les vecteurs.
- Prendre en charge 80% des patients atteints de paludisme grâce à un diagnostic et un traitement efficaces à savoir une combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine et cela dans les 24 heures après l'apparition des symptômes.
- Protéger 80% des femmes enceintes du paludisme avec le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP).

3.1.4 Résultats attendus

- 100% des personnes à risques de paludisme sont protégés grâce à des méthodes appropriées de lutte intégrée contre les vecteurs.
- 80% des patients atteints de paludisme sont pris en charge grâce à un diagnostic et un traitement efficace, à savoir une combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine et cela dans les 24 heures après l'apparition des symptômes.
- 80% des femmes enceintes sont protégées contre le paludisme avec le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP).

3.2 Axes stratégiques

Le plan stratégique 2006 – 2010 de lutte contre le paludisme de la Guinée vise à réduire le fardeau du paludisme chez les 10 millions d’habitants pour 2010. Pour ce faire un accroissement rapide des interventions préventives et l’application de traitement correct et rapide restent le gage d’une atteinte de l’objectif de 2010 et celui de 2015.

Le plan stratégique 2006 – 2010 s’articule autour de deux stratégies majeures :

- le renforcement de la prévention et
- l’amélioration du traitement correct et rapide à tous les niveaux y compris le niveau communautaire.

Le contexte de l’atteinte des objectifs d’impact en fin 2010 est celui de l’accélération de l’accès universel aux soins et services de lutte contre le paludisme.

Ces stratégies seront soutenues par des stratégies secondaires parmi lesquelles on peut citer :

- Amélioration de la Gestion du Programme National de Lutte contre le Paludisme
- Coordination des interventions des partenaires pour FRP en vue d’un impact
- Développement d’un plan de communication intégrée : CCC, plaidoyer et mobilisation sociale.
- Renforcement du suivi, de la performance et de l’évaluation de l’impact
- Renforcement de la recherche en vue du développement.

3.3 Mise à échelle des interventions de lutte contre le paludisme en vue d’un meilleur impact (SUF1 : scaling up for impact)

L’appel du sommet d’Abuja de mai 2006, pour l’accès universel aux services de prévention et de traitement d’une part et l’atteinte des objectifs de RBM/FRP pour 2010 d’autre part, constituent un impératif pour les pays d’accélérer la mise à échelle des interventions basées sur l’évidence.

Déjà, des études réalisées sur l’utilisation à grande échelle des MILD à plus de 80% ont montré une réduction de 50% de l’incidence d’épisodes de paludisme simple dans les régions d’endémie stable (Lengeler, 2004).

3.4 Modalités de mise en œuvre des stratégies

3.4.1 Interventions essentielles intégrées

- a) **La prise en charge correcte des cas à domicile et dans les formations sanitaires comportant un diagnostic précoce et un traitement approprié des cas :**
- La formation des prestataires du public, du privé et des agents communautaires y compris les tradithérapeutes ;
 - La formation des laborantins (public et privé) dans le diagnostic du paludisme ;

- L'approvisionnement en médicaments (Artésunate + amodiaquine, quinine, solutés et accessoires...), TDR, réactifs de laboratoire, outils de gestion et équipements de laboratoire;
- La pharmacovigilance à tous les niveaux.

b) La prévention du paludisme comprenant le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes, la lutte antivectorielle y compris l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide et l'assainissement du milieu :

- approvisionnement en médicament (SP)
- formation du personnel prestataire des secteurs public et privé, des agents communautaires
- adaptation des outils de gestion
- approvisionnement et distribution des MII
- approvisionnements en insecticide et accessoires d'imprégnation
- formation en technique d'imprégnation des agents communautaires
- mise en place des unités d'imprégnation
- organisation de campagnes d'imprégnation
- Traitement des gîtes larvaires
- Appui aux PME s'intéressant à l'assainissement du milieu

c) L'implication des communautés à la base, des ONGs et du secteur privé dans la lutte contre le paludisme :

- Sensibiliser les communautés sur la demande et l'utilisation des services à travers la communication et le plaidoyer ;
- Renforcer et élargir le cadre de concertation entre le PNL, les ONGs et secteur privé ;
- Renforcer les capacités de communication du réseau des communicateurs communautaires.

3.4.2 Interventions de soutien

- Surveillance épidémiologique
- suivi et évaluation (supervision, monitoring et évaluation)
- appui à l'organisation et à la mise en œuvre du contrôle de qualité du diagnostic biologique du paludisme
- recherche opérationnelle

- communication pour le changement de comportement (CCC)
- pharmacovigilance
- intégration aux campagnes de vaccination, activités de PCIME, services de santé scolaire et de la médecine du travail, etc.
- Renforcement des capacités institutionnelles et de gestion du PNLP
- Organisation de semaines de lutte contre le paludisme.

3.4.3 Suivi de la performance et évaluation de l'impact

Le plan stratégique initial a développé de nouvelles interventions : élaboration de documents de politique en rapport avec les stratégies régionales, développement logistique et renforcement des capacités.

A côté des indicateurs de processus relatifs au déroulement des activités et les indicateurs de résultats en rapport avec les objectifs spécifiques, il y a lieu de se pencher sur les indicateurs d'impact en vue de mesurer la réduction effective de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme.

L'outil de suivi/évaluation développé grâce à la gestion du Fonds mondial devra être ajusté pour répondre aux orientations du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

Le suivi de la performance se fait selon la périodicité requise dans le Système National d'Information (SNIS) à travers des monitorages semestriels, supervisions mensuelles/trimestriels et dévaluation à mi – parcours et finales.

CHAPITRE IV

CADRE DE MISE EN ŒUVRE



Campagne d'imprégnation de masse

4.1 Interventions essentielles intégrées

4.1.1 Réduction du fardeau du paludisme

4.1.1.1 Lutte intégrée des vecteurs

Cible:

Au moins 80% des femmes enceintes dormiront sous MII d'ici fin 2010

Au moins 80% des enfants âgés de moins de 5 ans dormiront sous MII d'ici fin 2010

Rappel de la situation actuelle:

L'utilisation de MII pour la protection individuelle contre le paludisme constitue une stratégie majeure. Selon l'EDS 2005, en Guinée un peu plus d'un ménage sur quatre possède au moins une moustiquaire. En ce qui concerne les MII, les résultats indiquent que seulement 2% des ménages ont déclaré en posséder au moins une. On constate qu'un peu plus d'un enfant de moins de 5 ans sur dix a dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête.

Utilisation des larvicides est ponctuelle et ne couvre que les camps des réfugiés et environ. Il convient à cet effet de rappeler qu'aucune étude n'est faite pour prouver le degré d'efficacité de ce produit.

Par ailleurs, le Ministère de la Santé a initié et mis en œuvre des actions prioritaires dans le cadre de l'hygiène assainissement avec une certaine implication des communautés. Mais néanmoins, les efforts doivent être redoublés pour une meilleure gestion de l'environnement..

Stratégies:

- Mise à l'échelle des MILD
- Utilisation des larvicides dans les gîtes des moustiques
- Gestion de l'environnement

Modalités de mise en œuvre :

- Mise à échelle des MILD :
 - o Distribution des MILD à travers les CPN et le PEV de routine
 - o Campagnes intégrées de distribution massive des MILD couplées avec supplémentation en Vitamine A, déparasitage et cessions de rattrapage du PEV ;
 - o Campagnes de ré imprégnation des moustiquaires existant (KAO Tab 1-2-3)
- Utilisation des larvicides en complément aux MILD pendant le période 2006 – 2010
- Aspersion intra domiciliaire
- Gestion de l'environnement. :

- Collaboration inter sectorielle entre les différents acteurs concernés par la question (Santé, agriculture, TP, Urbanisme, Hydrologie, ONGs).

Interventions

- Approche multisectorielle ;
- Promotion des MILD ;
- Accessibilité des MILD aux populations - GRATUITE;

Indicateurs de résultats :

- Proportion de ménages ayant au moins une moustiquaire ;
- Proportion de femmes enceintes et autres groupes dormant sous MII
- Proportion d'enfants de moins de 5ans dormant sous MII
- Nombre de gîtes larvaires traités aux larvicides
- Proportion de maisons ayant bénéficié d'aspersion
- Taux de réalisation d'un plan conjoint de gestion de l'environnement

4.1.1.2 Prévention du paludisme chez la femme enceinte

Cible:

Au moins 80% des femmes enceintes sont protégées contre le paludisme avec le TPI à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP)

Rappel de la situation actuelle:

En juillet 2005, la Guinée a adopté une politique de prévention du paludisme chez les femmes enceintes. Cette politique est passée de la chloroquine en chimioprophylaxie hebdomadaire à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) en TPI pour les femmes enceintes à partir de la 16^{ème} semaine de la grossesse. Selon l'EDS III, seulement 3% d'entre elles ont déclaré avoir reçu un traitement préventif intermittent à la SP au cours des CPN. L'avantage de cette dernière approche réside dans le fait que la SP est utilisée en prise unique supervisée répétée avant la 36^{ème} semaine. Le TPI se base sur l'hypothèse que toute femme qui habite une zone de forte transmission palustre a des parasites dans le sang ou dans le placenta, qu'elle ait ou non des symptômes de la maladie.

Stratégies:

- Développement d'un plan d'approvisionnement de la SP
- Adaptation des outils de gestion à la nouvelle politique

Modalités de mise en œuvre :

- Dans le cadre de la mise en œuvre de ces stratégies, il s'agira de procéder à une estimation des besoins des formations sanitaires en SP pour la période, ensuite faire une définition du circuit des commandes et de la distribution, élaborer des outils de gestion et assurer le suivi, commander et distribuer la SP.
- Promouvoir l'utilisation de la SP à grande échelle chez les femmes aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale à travers la CCC.

- Des actions doivent être menées telles que la formation du personnel incluant une large diffusion des directives, la sensibilisation des communautés en général et des femmes enceintes en particulier.

Interventions :

- Renforcement de la compétence des prestataires ;
- Disponibilité en SP
- Développement d'un plan intégré de communication

Indicateurs de résultat :

Proportion de femmes enceintes qui utilisent le TPI à la SP
 Nombre de jour sans rupture de stock de SP

4.1.2 Prise en charge du paludisme – maladie

4.1.2.1 Diagnostic du paludisme

Cible:

80% de confirmation diagnostique de paludisme simple sont réalisés dans les formations sanitaires chez les personnes de plus de 5 ans;

80% de confirmation diagnostique paludisme grave sont réalisés dans les centres de références ;

Rappel de la situation actuelle:

Le diagnostic du paludisme fait partie des bonnes pratiques de prise en charge. La plupart des cas de paludisme sont actuellement traités sur la base de signes cliniques dans nos structures. Dans les régions endémiques pendant la saison de forte transmission palustre, une histoire récente de fièvre ou de corps chaud suffit pour suspecter le paludisme simple et instituer un traitement antipaludique.

Mais compte tenu du coup relativement élevé des CTA, leur dispensation est renforcée par l'utilisation des TDR et le renforcement des laboratoires déjà existants.

Stratégies:

Renforcement de la capacité des laboratoires à tous les niveaux,
 Renforcement du système de conservation et d'utilisation des TDR

Modalités de mise en œuvre :

Réalisation de la goutte épaisse /frottis pour la confirmation du diagnostic dans les centres équipés chez les patients de plus de 5 ans ayant un paludisme simple ;

Réalisation de la goutte épaisse /frottis pour la confirmation du diagnostic chez les malades hospitalisés pour paludisme grave;

Interventions

Approvisionnement et distribution en TDR

Disponibilité permanente des TDR de bonne qualité à tous les niveaux de la pyramide

Indicateurs de résultat :

Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas connu pendant une semaine au cours des 3 derniers mois une rupture de stock continue de TDR recommandé au plan national.

4.1.2.2 Prise en charge correcte et rapide du paludisme simple

Stratégies:

- Dissémination de la nouvelle politique de prise en charge des cas simple de paludisme

- Plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès du gouvernement et des partenaires pour la vulgarisation des CTAs et matériel de TDRs.

- Amélioration de la disponibilité des CTA dans toutes les structures sanitaires publiques, privées et associatives ;

- Renforcement des capacités du personnel sur l'utilisation des CTAs

- Elaboration et mise en œuvre d'un plan de supervision des activités de la PEC ;

- Elaboration et mise en œuvre d'un plan de CCC en faveur des CTAs

Modalités de mise en œuvre :

Interventions :

Réalisation de la goutte épaisse/frottis pour la confirmation du diagnostic chez les personnes de plus de 5 ans avec paludisme simple dans les structures disposant de labo

Utilisation des TDR au niveau des structures n'ayant pas de labo pour la confirmation du diagnostic.

Indicateurs de résultat :

- Proportion d'enfants de 0 à 5ans (et d'autres groupes cibles) ayant le paludisme/de la fièvre et bénéficiant d'un traitement correct dans les 24 heures ;

- % de structures sans rupture de stock pendant une semaine au cours des trois derniers mois

4.1.2.3 Prise en charge du paludisme grave

Cible:

D'ici fin 2010, 80% des patients atteints de paludisme grave seront pris en charge grâce à un diagnostic et un traitement efficace avec la quinine dans les 24 heures dans les structures sanitaires.

Rappel de la situation actuelle:

Le paludisme grave fait l'objet de référence des CS vers les hôpitaux. Dans ces structures, la prise en charge est faite avec le financement des proches. D'où la problématique de l'accès au traitement pour tous en particulier en faveur des groupes vulnérables. Donc, il est impératif de penser à des stratégies de subvention de la prise en charge du palu grave cf taux élevé des pertes de vue de Dabola avec 49 %.

Stratégies:

- Subvention pour la gratuité de la PEC du paludisme grave
- Renforcement des capacités du personnel sur la PEC des cas graves de paludisme ;
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan de supervision des activités de la PEC ;
- Renforcement du système de référence et contre – référence,

Modalités de mise en œuvre :

- Plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès du gouvernement et des partenaires pour la disponibilité des médicaments antipaludiques (quinine) et matériel de TDRs ;
- Planification de la formation - recyclage du personnel des hôpitaux après une évaluation de la qualité de la PEC du paludisme grave ;
- Revue du système de référence en vue de son amélioration.

Interventions :

Réalisation de la goutte épaisse/frottis pour la confirmation du diagnostic chez les malades hospitalisés pour paludisme grave.

Indicateurs de résultats :

- Proportion d'enfants atteints de paludisme grave et correctement pris en charge dans les FS
- Proportion de FS n'ayant pas connu de rupture de stock de médicaments de prise en charge du paludisme grave au cours des 3 derniers mois et pendant 7 jrs de suite

4.1.2.4 Prise en charge du paludisme au niveau communautaire et à domicile

Situation actuelle :

Actuellement, chez les enfants de moins de cinq ans, la prise en charge a domicile et communautaire se limite à la lutte contre la fièvre par l'enveloppement humide (linge mouillé) et référence, tout en encourageant à continuer l'alimentation et donner plus de liquide à boire.

Pour les autres tranches d'âges y compris la femme enceinte, l'orientation vers la structure de santé reste la seule conduite à tenir.

Points forts :

- Volonté politique
- Existence de protocole de prise en charge communautaire du paludisme
- Installation de dix sites sentinelles dans la formation sanitaire
- Appui au laboratoire par la fourniture de microscopes
- Formation des techniciens de laboratoire
- Présence de partenaires évoluant (PCIME/ communautaire) sur le terrain dans le cadre de la prise en charge du paludisme
- Mise en place d'un projet pilote de lutte contre le paludisme par introduction des CTA et TDR a Dabola
- Dotation de moyenne logistique (10 motos aux sites sentinelles)
- Motivation de certains AC par la dotation de bicyclettes (zone UNICEF)

Points faibles :

- Manque de médicaments et outils de gestion au niveau communautaire
- Insuffisance de formation de AC en matière de prise en charge communautaire de paludisme
- Faible taux de référence effective et de contre référence
- Faible couverture en moyens logistiques
- Faible supervision des AC
- Inexistence de revue sur les activités de prise en charge communautaire du paludisme
- Faible motivation des AC

Cibles

- 80 % des cas de fièvre/paludisme sont pris en charge
- 100% de cas grave de paludisme sont référés dans une structure de santé
- 80% de Mères capables de reconnaître les signes de danger chez un enfant

Stratégies

- Renforcement des capacités
- Rendre disponible les CTA, les TDR et les outils de gestion
- Communication pour le changement de comportement
- Collaboration inter sectorielle

Modalités de mise en œuvre

- Organiser un atelier d'une journée au niveau national, régional, préfectoral, et au niveau communautaire

- Réviser les outils déjà existant avant fin janvier 2008
- Mettre à disposition des structures les outils de formation avant la fin du premier trimestre 2008
- Rendre disponible un protocole unique de prise en charge communautaire du paludisme avant janvier 2008
- Rendre disponible le protocole
- Organiser les formations en cascade décentralisée dans toutes les préfectures d'ici décembre 2008
- Faire la formation de 5 jours des AC en 2 sessions au niveau de chaque centre de santé d'ici fin 1^{er} semestre 2008
- Rendre disponible les CTA et TDR à 100% au niveau des CS/PS avant fin 1^{er} semestre 08
- Assurer la formation des AC, tradi praticiens et les journalistes des radios sur les messages clefs et signes de danger du paludisme avant fin 1^{er} trimestre 2008.
- Rendre disponible l'outil de référence avant fin 1^{er} trimestre 2008
- Mettre à la disposition des AC les messages clefs et outils de sensibilisation (boîtes à images, fascicules, dépliants...) avant fin 1^{er} trimestre 2008
- Organiser une formation de 2 jours une fois/AN pour les enseignants et les autres cadres des services déconcentrés de chaque sous-préfecture avant fin 1^{er} semestre 2008
- Organiser une formation de 2 jours une fois/AN sur les messages clefs et les signes de danger

Interventions

- Renforcement des capacités des AC
- Utilisation des TDR

Indicateurs

- Nombre d'enfants atteints de paludisme et correctement pris en charge dans la communauté
- Proportion d'enfants référés dans les formations sanitaires suite au paludisme grave

4.2 Interventions de soutien

4.2.1 Gestion du Programme National de Lutte contre le Paludisme

La gestion du PNLP est assurée par l'unité de coordination qui est dirigé par un coordinateur, un coordinateur adjoint et 5 chefs de section. Pour la gestion administrative et financière, la coordination est appuyée par un secrétaire administratif et financier, une secrétaire et une agence fiduciaire. Des réunions hebdomadaires se tiennent tous les vendredis dans le cadre de la coordination interne avec la participation de tout le personnel.

Cibles :

- 90% des ressources nécessaires du plan stratégique sont mobilisées ;
- 95% des ressources mobilisées sont exécutées ;
- 95% des activités programmées sont réalisées.

Analyse de la situation :

Le PNLP est chargé d'assurer la coordination, la mise en œuvre de la politique de lutte contre le paludisme en Guinée. A cet effet, il assure le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et suit la mise en œuvre des activités menées par les différents intervenants.

Stratégies :

La gestion adéquate des interventions en matière de la lutte contre le paludisme est essentielle. Elle a été pourtant identifiée comme l'une des faiblesses enregistrées dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative « faire reculer le paludisme ». D'où, la nécessité de mettre en œuvre des stratégies orientées vers le renforcement des capacités, l'amélioration de la coordination de la lutte contre le paludisme et du partenariat pour la mobilisation des ressources.

Modalités de mise en œuvre :

Le renforcement des capacités du PNLP se fera à travers le renforcement des capacités institutionnelles et de gestion. L'équipe de coordination du programme devra bénéficier de formation en management et leadership et disposer d'une logistique adéquate.

En ce qui concerne la coordination interne elle se fera par le maintien des acquis. Un mécanisme de suivi budgétaire prenant en compte les apports des différents partenaires sera mis en place.

Par rapport au partenariat, le cadre de concertation sera renforcé ainsi que la complémentarité des interventions.

Interventions :

- Plaidoyer
- Formation en gestion

Indicateurs de résultats :

- Proportion de ressources mobilisées ;
- Taux d'exécution financière ;
- Taux de complétude des rapports d'activités des différents acteurs ;
- Taux de réalisation des activités programmées ;
- Nombre de réunions de coordination réalisées sur le nombre prévu.

4.2.2 Gestion des ressources humaines

- Au niveau central un personnel est relativement impliqué dans la lutte contre le paludisme, au niveau intermédiaire et périphérique, il y a l'intégration des activités.
- Les équipes cadres des DRS et DPS sont responsables de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme dans leurs zones respectives.

Cibles :

Au moins, 50% des médecins (publics, privés et associatifs) impliqués dans la lutte contre le paludisme sont formés en paludologie ;
 100% des médecins de l'unité de coordination sont formés en santé publique ;
 Au moins 95% des agents des niveaux intermédiaires et périphériques sont formés à la lutte contre le paludisme ;
 Au moins 95% des agents de niveau intermédiaire et périphérique sont supervisés ;

Analyse de la situation :

L'affectation récente d'un pharmacien et de deux comptables s'inscrit dans le cadre du renforcement des capacités humaines de gestion du PNL. De même, des ressources matérielles

Stratégies :

- Renforcement des capacités
- Mise à jour du cadre organique de l'équipe de la coordination
- Description de poste et élaboration d'un diagramme de responsabilité
- Appui technique des niveaux décentralisés

Modalités de mise en œuvre :

Octroi de bourses et formations locales

Interventions :

- Renforcement des capacités institutionnelles et de gestion

Indicateurs de résultats

4.2.3 Gestion matérielle y compris la gestion des achats et approvisionnements

La Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) est chargée des procédures d'achat des médicaments, produits et équipements médicaux et autres fournitures pour l'ensemble du pays notamment l'achat des antipaludiques recommandés par le PNL, les moustiquaires imprégnées, des consommables de laboratoires, des TDR.

Cibles :

- Au moins 100% du matériel sont gérés selon un manuel de procédures
- 95% des achats sont effectués selon les procédures contenues dans le manuel

Analyse de la situation :

L'évaluation de la disponibilité des produits a fait ressortir des situations de ruptures de stocks en médicaments pour la prise en charge du paludisme. Cette situation exige la prise des mesures correctrices visant à améliorer le circuit d'achats et d'approvisionnement des médicaments et produits antipaludiques.

Stratégies :

Renforcement de la gestion de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) ;
Renforcement de la gestion des achats et de l'approvisionnement au niveau des dépôts régionaux.

Modalités de mise en œuvre :

Il s'agira de renforcer les capacités d'approvisionnement, de stockage et de gestion des médicaments, et des produits antipaludique au niveau de la PCG ;
Il faudra aussi renforcer la logistique afin de rendre disponible les médicaments et les produits antipaludiques au niveau des structures de soins y compris le niveau communautaire.

Interventions :

Renforcer les capacités techniques et de gestion de la PCG et des dépôts régionaux ;
Améliorer la logistique et les capacités de stockage.

Indicateurs de résultats

Pourcentage de jours sans rupture de stocke de médicaments et de produits antipaludiques à la PCG ;
Proportion de dépôts dont la capacité de stockage a été augmentée.

4.2.4 Coordination du partenariat national FRP en vue d'un impact

L'implication des autres secteurs du développement autres que celui de la santé et la collaboration avec les structures privées et confessionnelles de santé permettra d'améliorer les performances du PNLN et réduire l'impact négatif du paludisme sur la population.

Cibles :

Un cadre de concertation fonctionnel avec les autres secteurs de développement est en place.

Analyse de la situation :

La collaboration entre le secteur public et le secteur privé a été marquée par l'absence d'un cadre de concertation qui devrait servir de lieu de partage de l'information, mais également, le plaidoyer pour l'implication des autres secteurs. Même si le partenariat existe à un certain niveau avec certains départements ministériels, le PNLP n'a pas mis en place un mécanisme fonctionnel pour le suivi de ce partenariat. Ce manque de coordination des actions des autres secteurs n'a pas permis de capitaliser les ressources disponibles dans les autres ministères pour la lutte contre le paludisme.

Stratégies :

Renforcement du partenariat et de la collaboration inter sectorielle.

Modalités de mise en œuvre :

Le renforcement du partenariat se fera par la mise en place d'un cadre de concertation fonctionnel qui sera précédé par l'identification de tous les intervenants impliqués directement ou indirectement dans la lutte contre le paludisme.

L'accent sera mis surtout dans les secteurs de l'éducation, de l'environnement et de l'agriculture.

Ensuite un système de suivi de la collaboration sera mis en place.

Interventions :

Création d'un cadre de concertation

Elaboration et mise en œuvre des plans sectoriels de lutte contre la paludisme ;

Mise en place d'un système de suivi.

Indicateurs de résultats

Un cadre de concertation fonctionnel est mis en place ;

Nombre de réunions tenues ;

Nombre de plans d'action sectoriels élaborés.

4.2.4 Communication intégrée : CCC, plaidoyer et mobilisation sociale

La mobilisation des communautés en faveur de la lutte contre le paludisme et le changement de comportement souhaité passe par la disponibilité d'informations pratiques utiles et réalisables par la communauté.

Les acteurs (prestataires, communautés, partenaires...) doivent développer une conscience collective, intensifier la demande de soins et l'utilisation des services.

Cibles :

La mobilisation sociale en faveur de faire reculer le paludisme d'ici 2010 est effective.

Analyse de la situation :

L'analyse des données de l'évaluation au niveau des formations sanitaires a fait ressortir les éléments suivants :

- Mauvaise connaissance du paludisme (signes de gravité et mode de transmission)
- Mauvaise perception des risques liés au paludisme
- Recours tardif aux structures de santé

- Méconnaissance des conséquences de la fièvre non traitée chez les enfants moins de 5 ans

Stratégies :

Développement d'un plan intégré de communication

Modalités de mise en œuvre :

Il s'agira de tenir un atelier d'élaboration du plan de communication intégré avec la participation de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme.

Interventions :

Elaboration du plan de communication, valider et diffuser ;
Mettre en place un système de suivi/évaluation.

Indicateurs de résultats

Plan de communication élaboré.

4.3 Suivi de la performance et évaluation de l'impact

4.3.1 Suivi/Evaluation

Cibles : Suivi par rapport à l'impact et la performance

Analyse de la situation :

- Faible disponibilité des antipaludiques
- Non disponibilités des CTA
- Insuffisance de supervision /coordination
- Faible niveau de collecte et analyse des données
- Insuffisance de services
- Faible implication des secteurs privés/ ONGs et la non prise en compte de leurs données
- Faiblesse de la mobilisation des ressources
- Manque de plan de suivi évaluation

Stratégies :

- Elaboration et la mise en œuvre d'un plan de suivi/évaluation des activités à tous les niveaux ;
- Renforcement de la supervision formative intégrée ;
- Allocation des ressources suffisantes pour le suivi/évaluation
- Renforcement du partenariat au sein du ministère de la santé
- Mise en place d'un système de monitoring intégrée sur la base des outils de gestion révisés prenant en compte les données du paludisme ;
- Créer un partenariat dynamique entre les ONGs pour le partage des informations gestion des données

Modalités de mise en œuvre :

- Suivi du déroulement des différentes activités de lutte anti paludiques
- Monitoring /supervision des différentes activités anti paludiques
- Concertation entre les partenaires et le PNLP

Interventions :

Elaboration d'un plan de suivi/évaluation

Indicateurs de résultats

- Proportion d'enfants de moins de 5ans (d'autres groupes cibles) ayant eu le paludisme/fièvre et ayant bénéficié d'un traitement correct dans les 24h
- Proportion d'enfants de moins de 5ans atteints de paludisme grave et correctement pris en charge dans les FS
- Proportion de FS n'ayant pas connu de rupture de stock de médicaments de prise en charge du paludisme grave au cours des 3 derniers mois et pendant 7 jrs de suite
- Proportion d'enfants de moins de 5ans dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticides
- Proportion de FE ayant eu un Traitement Préventif Intermittent à la SP

4.3.2 Surveillance : épidémiologique, entomologique et efficacité antipaludique

Cibles : au moins 80% des données statistiques sont collectées et analysées en vue d'améliorer la performance du PNLP

Analyse de la situation :

- surveillance de routine
- surveillance hebdomadaire

Malheureusement ces données de surveillance ne sont pas correctement analysées pour des fins de décision

Stratégies :

- Formation des agents de santé et agents communautaires
- Amélioration de la surveillance de routine et hebdomadaire
- Amélioration du circuit des rapports statistiques
- Amélioration du réseau de communication (RAC)
- Concertation avec les partenaires pour analyse des données et le partage des informations

Modalités de mise en œuvre :

- Collecter les données de routine le 10 de chaque mois
- Collecter les données hebdomadaires le mercredi de chaque semaine
- Doter les structures en RAC et en unité informatique

Interventions :

- faire le plaidoyer en faveur de la surveillance épidémiologique
- Renforcer les capacités en ressource humaine

- Appuyer le financement de la surveillance
- Appuyer les sessions de formations en surveillance épidémiologique

Indicateurs de résultats

- Pourcentage de rapport statistique mensuel collecté et analysé
- Pourcentage de rapport hebdomadaire collecté et analysé
- Pourcentage de RAC et unité informatique

4.3.3 Recherche

Cibles : au moins 80% des sujets de recherche identifiés sont réalisés en vue d'améliorer la performance du PNLP

Analyse de la situation :

Seulement deux enquêtes ont été organisées au courant la période 2006-2007 au compte du PNLP.

Stratégies :

- Formation des agents de santé en matière de recherche action
- Identification des thèmes de recherche découlant de l'analyse de situation
- Promotion de la recherche au près des partenaires pour l'appui technique et financier

Modalités de mise en œuvre :

- suivi des activités de formation des agents
- Suivi de l'identification des thèmes
- Suivi de l'utilisation des résultats de recherche par les services

Interventions :

- faire le plaidoyer en faveur de la recherche
- Renforcer les capacités en ressource humaine
- Appuyer le financement de la recherche
- Appuyer les sessions de formations en méthodologie de recherche

Indicateurs de résultats

- Pourcentage de thèmes identifiés
- Pourcentage de recherche réalisé sur le paludisme
- Pourcentage de formation en méthodologie de la recherche organisé
- Pourcentage de résultats de recherche validés et utilisés par les services

CHAPITRE V

EVALUATION DES BESOINS ET ANALYSE DES CARENCES PROGRAMMATIQUES ET FINANCIERES

5.1 Evaluation des besoins et analyse des carences programmatiques :

N°	DOMAINES D'INTERVENTION	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE SUIVI	COUT		
				PREVUS	ACQUIS	A RECHERCHER
1	Prise en charge des cas à domicile et dans les formations sanitaires avec diagnostic précoce et traitement approprié	100% des patients atteints de paludisme bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement efficace, à savoir une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine et cela dans le courant du premier jour après le début de la maladie	1. nombre de professionnels et d'agents communautaires formés ;	53 385 740		
			2. nombre de supervisions effectuées ;			
		100% des formations sanitaires sont sans rupture de stock en CTA, Quinine injectable, solutés et accessoires (R2)	3. nombre de FS sans rupture de stock en antipaludiques;			
		100% des laboratoires des FS sont équipés et approvisionnés sans ruptures de stocks en réactifs y compris les TDR et consommables (R3)	4. Nombre de laboratoires équipés et approvisionnés ;			
		Le laboratoire entomologique du PNLP est équipé en loupes, trousse de dissection et kit pour test de sensibilité (R4)				
2	Prévention du paludisme (TPI, utilisation des MII et lutte anti-vectorielle)	100% des personnes à risque de paludisme sont protégées grâce à des méthodes appropriées de lutte antivectorielle comme les MII, le TPI et la gestion de l'environnement	1. Nombre de CS sans rupture de stock de SP, MII.	23 857 935		
			2. Quantité d'insecticide fournie			
			3. Nombre d'agents fédératifs formés			
			4. Nombre de campagne d'imprégnation effectué			
3.	Implication des communautés à la base, ONGs et secteur privé	L'implication des communautés à la base, les ONG et du secteur privé dans la lutte contre le paludisme est renforcé	1. Nombre d'agents formés en techniques de communication	235 000		

			2. Nombre de séance de sensibilisation organisé			
4.	Plaidoyer, mobilisation sociale et communication pour le changement de comportement (CCC)	Les capacités des chargés IEC au niveau des régions et préfectures pour l'appui des activités du programme de lutte contre le Paludisme sont renforcés. (R1)	1. Plan de communication élaboré et diffusé	2 466 889		
		100% des populations sont sensibilisés sur les problèmes dus au paludisme par le développement de programmes par la radio rurale, la Radio nationale, la Télévision Nle, la presse écrite (R2).	2. Nombre d'équipes préfectorales formés			
		Gestion du volet Communication améliorée (R3)	3. Nombre de microprogrammes, d'émissions publiques et de spots produits et réalisés			
		Les communautés sont informées des mesures à prendre sur la prévention et la prise en charge des cas (R4)	4. Nombre de supports promotionnels et éducatifs produits et distribués			
		Les partenaires sont impliqués dans la lutte contre le paludisme (R5)	5. Nombre de personnes sensibilisées dans les CS			
			6. Document de plaidoyer élaboré, adopté et diffusé			
5.	Renforcement institutionnel	Les compétences techniques du personnel sont améliorées (R1)	1. Nombre de formateurs, cadres et d'agents formés	1 223 800		
		Le secteur de la santé est renforcé (R2)	2. Nombre d'outils de collecte de données disponibles dans les structures			
		Un appui logistique est assuré au programme (R3)	3. Bibliothèques installées			
		Le système de contrôle de qualité est organisé et est fonctionnel (R1)	4. Equipements, véhicules disponibles et entretenus			
6.	Appui à l'organisation et à la mise œuvre du contrôle qualité et du diagnostic biologique du paludisme	Le système de contrôle de qualité est organisé et est fonctionnel (R1)	1. Documents de directives disponibles	99 510		
			2. Panel d'échantillons constitués et transportés			

7.	Recherche opérationnelle	R1 : les résultats des recherches sur l'impact socio-économique du paludisme, les CAP sur les MII, la sensibilité des vecteurs aux insecticides, l'efficacité des antipaludiques sont connus	1. Rapports des études sont disponibles	720 000		
8.	Intégration aux autres initiatives	La mise en œuvre des activités du PEV/SSP/ME, Médecine de travail, Santé scolaire, Médecine traditionnelle est appuyée (R1)	1. Nombre d'ONG ayant reçue du matériels d'assainissement	307 000		
			2. Nombre de moustiquaires distribuées par les ONG			
			3. Rapport d'activités disponibles			
9.	Pharmacovigilance	L'unité de pharmacovigilance est renforcé et fonctionnel	1. Documents réactualisés et disponibles	32 500		
			2. Personnel formés à tous les niveaux			
			3. L'unité équipée et outils de gestion disponibles			
10.	Surveillance épidémiologique	100% des centres de surveillance sont capables de notifier, d'analyser les données et de prendre des décisions appropriées	1. Insectarium installé et entretenu	284 000		
			2. Nombre de sites sentinelles renforcé et équipé			
			3. Nombre d'agents formés			
			4. Nombre de motos fournies			
			5. Rapport d'enquêtes et base de données de FRP mise à jour disponible			
11	Suivi/Evaluation	100% des activités planifiées sont correctement réalisées	1. Rapports de supervision et d'évaluation disponible	220 900		
	TOTAL	-	-	82833 274		

5.2 Estimations budgétaires:

82 833 274 USD

5.3 Analyse des carences financières et mobilisation des ressources:

5.3.1 Analyse des carences financières

	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL	Observation
Besoins généraux (A)	18 988 456	20 232 963	17 564 934	12 997 611	13 049 311	63 844 819	
Sources de financement							
Budget national	1 495 432	1 405 698	1 405 698	1 405 698	1 405 698	5 622 792	2007 à 2010
Participation communautaire*	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Total des sources de financement nationales (B)	1 495 432	1 405 698	1 405 698	1 405 698	1 405 698	5 622 792	2007 à 2010
Fonds mondial 1	1 588 446	268 331	232 427	0	0	500 758	2007 à 2010
Fonds mondial 2	x	x	13 424 706	3 914 541	4 963 408	22 302 655	2008 à 2010
OMS	219 500	219 500	250 000	250 000	250 000	969 500	2007 à 2010
UNICEF	335 000	432 000	432 000	432 000	432 000	1 728 000	2007 à 2010
JICA	35 448	35 448	35 448	35 448	35 448	141 792	2007 à 2010
OMVS	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	24 000 000	2007 à 2010
APNDS/BM	1 181 250	1 181 250	1 181 250	1 181 250	1 181 250	4 725 000	2007 à 2010
Total des sources de financement extérieures (C)	9 359 644	8 136 529	21 555 831	11 813 239	12 862 106	54 367 705	2007 à 2010
Total des ressources disponibles (B + C)	10 855 076	9 632 227	22 961 529	13 218 937	14 267 804	59 990 497	
Besoin non couvert A – (B+C)						3 854 322	De 2007 à 2010

5.3.2 Mobilisation des ressources pour l'atteinte des objectifs de 2010

Les besoins pour 2007-2010 seraient estimés à 63844819 \$ US

***Les ressources attendues sont estimées à 59 990 497\$ US
pour la période 2007 – 2010***

Le Gap serait de 3 854 322 US

CONCLUSION



Élaboration du PSM

Le présent plan quinquennal qui s'inscrit dans le cadre de l'initiative mondiale « Faire Reculer le Paludisme » tire l'essentiel de ses composantes des résultats et recommandations de l'analyse de situation du secteur de la santé et de celle du paludisme effectuée en 2000 et de l'enquête de collecte des données de base pour le suivi et l'évaluation de FRP effectuée en 2001. Les résultats de ces deux activités ont été l'objet de présentation/ discussions, d'amendement et d'adoption au cours de séances plénières regroupant les partenaires au développement du pays. Il sera lui aussi soumis à tous les intervenants au cours d'un plaidoyer pour la mobilisation des ressources locales.

Le budget total prévu pour l'ensemble des interventions s'élève à 8.099.000 USD. La PEC des cas occupe le 1^{er} rang des prévisions budgétaires avec 30,60%, puis viennent le renforcement institutionnel et la prévention avec respectivement 33,01% et 16,85%. Une table ronde de sensibilisation des partenaires est inscrite dans ce plan pour mobiliser sur le plan local les ressources financières nécessaires à sa mise en œuvre. Des signes annonciateurs encourageants ont été enregistrés par le financement de certaines activités de l'année 2002 par les partenaires dans leurs domaines d'avantages comparatifs. Pour l'année 2002, le pourcentage du budget contribué par les partenaires locaux et le gouvernement se chiffre à 5% du budget dont 47,3% alloué par l'État.

Au cours de la mise en oeuvre de ce plan stratégique, Face à la résistance croissante du *plasmodium falciparum* aux antipaludiques usuels et la constatation de l'insatisfaction des patients, les autorités nationales, grâce à l'appui technique de l'OMS et des autres partenaires, ont procédé en juillet 2005 à l'élaboration d'une nouvelle politique de traitement de paludisme simple basé sur le CTA et de prévention chez la femme enceinte. La décision de réviser cette politique a tenu compte des considérations scientifiques qui ont suscité de nouvelles approches stratégiques dans la lutte contre le paludisme. L'introduction des combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) pour la PCE des cas e paludisme , l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, l'adoption du traitement préventif intermittent (TPI) comme approche préventive chez la femme enceinte deviennent ainsi des impératifs à l'atteinte des objectifs d'Abuja.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Ministère du Plan, Direction nationale de la statistique :** (2005) Enquête démographique et de santé (EDS)
2. **Ministère de la Santé Publique:** (2006), Plan stratégique 2006 – 2010 de Faire reculer le paludisme en République de Guinée, PNLP, mai
3. **Ministère de la Santé Publique:** (2006), Rapport de l'enquête de couverture des activités de lutte contre le paludisme, PNLP, mars
4. **CCM – Guinée :** (2006) Projet de renforcement de la lutte contre le paludisme en Guinée, mai
5. **Organisation mondiale de la Santé :** (2006) Guidelines for the treatment of malaria, Genève
6. **Ministère de la Santé :** (2006) Plan stratégique de lutte contre le paludisme au Sénégal, 2006 – 2010, Dakar, novembre

ANNEXES

Annexe 1 :

FAIBLESSES	PROBLEMES	DETERMINANTS	HYPOTHESES EXPLICATIVES	HYPOTHESES CORRECTRICES
Faible disponibilité des CTA,	Non financement de la nouvelle politique de traitement Absence de textes d'application de la nouvelle politique	Faible plaidoyer	- Non appropriation de la nouvelle politique par la coordination du programme	Description des tâches Elaboration d'un diagramme de responsabilité Renforcement suivi évaluation
Mauvaise gestion du PNL P	Insuffisance de leadership de la coordination	Gestion autocratique du programme	Non respect de la description des tâches Absence de supervision rapprochée de la hiérarchie supérieure Manque de transparence	Plaidoyer MSP au près du gouvernement Mobilisation des ressources Dissémination du document de changement de politique Accélération des commandes de CTA
Faible taux de couverture en MILDA	Faible promotion des MILDA	Faible disponibilité Faible accessibilité Faible taux d'utilisation Faible demande	Insuffisance de plaidoyer faible mobilisation des ressources Non maîtrise des besoins Manque des stratégies claires de gestion coût élevé Faible revenu Faible CCC considérations socio culturelles	Elaborer un plan de promotion des moustiquaires (évaluer les besoins, plans d'approvisionnement, plan de distribution) Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources Subvention gratuite Elaborer un plan pour CCC Réaliser une enquête

FAIBLESSES	PROBLEMES	DETERMINANTS	HYPOTHESES EXPLICATIVES	HYPOTHESES CORRECTRICES
Faible taux de couverture en TPI (SP)	Faible niveau de mise à échelle	Faible disponibilité en SP Faible utilisation de la SP	inexistence d'un mécanisme pérenne d'approvisionnement en SP Non utilisation des OG révisés Faible niveau de supervision du PNL	Elaborer un plan d'approvisionnement (évaluation, commande, distribution) Reproduire et distribuer les outils de gestion révisés Elaborer un plan de supervision
MENACE	PROBLEMES	DETERMINANTS	HYPOTHESES EXPLICATIVES	HYPOTHESES CORRECTRICES
Suspension de financement	Non respect de la feuille de route du fond mondial	Non mise en place de cellule de suivi Absence de documents techniques (introduction CTA, IBC, plan stratégique) Non finalisation des documents techniques	- Non appropriation par le gouvernement de la feuille de route - Absence de plaidoyer par le MSP - Absence de suivi par la coordination du programme - Absence de ressources	- Supervision du programme du PNL par le niveau supérieur - Audit - Validation des documents - Formation - Renforcement de La CCC - Partenariat des structures publiques privées et associations - Gestion accès sur les résultats

ICONOGRAPHIE



