



**REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA**

**DIRECÇÃO GERAL DA SAUDE PUBLICA**

**Plan directeur de lutte contre  
les Maladies Tropicales Négligées  
en Guinée Bissau  
(2014 - 2020)**

**Juin 2014**

## Introduction

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) constituent un groupe hétérogène de maladies ayant des conséquences très néfastes pour la santé et le développement socio-économique de nombreuses communautés dans les pays en développement. On estime à plus d'un milliard le nombre de personnes qui souffrent d'une ou plusieurs maladies négligées à la fois dans le monde.

Parmi les principales maladies tropicales négligées ciblées par l'OMS, 13 sont considérées comme prioritaires pour la Région Afrique, à savoir l'onchocercose, la filariose lymphatique, les schistosomias, les géohelminthiases ou helminthiases intestinales, les leishmanioses, la trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil), la dracunculose (ver de Guinée), l'ulcère de Buruli, la lèpre, le pian, le trachome, la dengue et la rage.

Les 17 MTN sur lesquelles l'OMS met présentement l'accent peuvent être rangées en 3 catégories :

1. Les MTN dont l'élimination ou l'éradication est possible : lèpre, filariose lymphatique, onchocercose, trachome et ver de Guinée;
2. Les MTN pour lesquelles il existe des outils permettant d'aboutir à leur contrôle : schistosomias, géohelminthiases (*Ascaris*, *Trichocéphale*, *Ankylostomes*), leishmanioses (cutanée et viscérale), tréponématoses endémiques (Pian, Pinta et Bejel), rage, trématodoses d'origine alimentaire (*Clonorchias*, *Opisthorchias*, *Fasciolase* et *Paragonimase*), *Cysticercose* (*Taenia solium*) et *Echinococcose* (kyste hydatique ou Hydatidose ou kyste alvéolaire).
3. Les MTN pour lesquels il faut promouvoir des interventions novatrices pour venir à bout : Ulcère de Buruli, maladie de Chagas, Dengue et Trypanosomiase Humaine Africaine (THA).

Du point de vue de la stratégie de la stratégie de lutte, les MTN sont classées en deux grands groupes:

1. Les MTN répondant à la chimiothérapie préventive (CTP) par la distribution de masse de médicaments (DMM) : onchocercose, filariose lymphatique, trachome, schistosomias et géohelminthiases;
2. Les MTN dont le traitement se fait par la prise en charge du cas (PCC) dont entre autres: Ulcère de Buruli (UB), Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), lèpre, dengue, etc.

La cartographie réalisée en Guinée-Bissau en 2004, montre la gravité et l'ampleur des MTN qui sont co-endémiques dans la majorité des régions du pays. L'ensemble des MTN bénéficiant de la chimiothérapie préventive de masse existent en Guinée Bissau ainsi que certaines bénéficiant de la prise en charge du cas comme la lèpre, la rage, etc.

D'autre part, il n'existe présentement au sein du Ministère de la Santé Publique que trois programmes nationaux que sont :

- Programme national de la Santé oculaire qui prend en compte la lutte contre le trachome,
- Programme national de lutte contre l'onchocercose et
- Programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre.

Dans le cadre de la lutte contre la rage, il existe des initiatives de prise en charge des personnes mordues par les animaux vecteurs, notamment les chiens, pour la prévention de cette maladie. C'est dans le même contexte que des vaccinations sont offertes pour la prévention d'autres maladies comme la fièvre jaune, la méningite cérébrospinale, etc.

Dans le cadre des programmes de survie de l'enfant, sont offertes tous les 6 mois des séances de déparasitages des enfants de moins de 5 ans par l'administration de mébendazole en même temps que d'autres services offerts.

Le présent plan stratégique répond aux recommandations de l'OMS aux Pays pour la mise en œuvre conjointe de la lutte contre les MTN et aux préoccupations des partenaires pour une harmonisation des activités sur le terrain en vue de minimiser le coût des interventions.

Ainsi, à l'instar des autres pays de la Région Afrique de l'OMS, nous proposons une approche intégrée de la lutte afin de profiter de la synergie d'autres initiatives pour la prévention, le contrôle et l'élimination de maladies transmissibles. Aussi, en accord avec la Feuille de Route pour réduire l'impact mondial des MTN, le présent Plan directeur sera arrimé à l'horizon 2020.

Cette approche intégrée permettra de maîtriser les coûts opérationnels étant donné que les cibles sont souvent identiques. L'on procédera à une intégration des programmes afin de rationaliser l'utilisation des ressources humaines, matérielles, financières et la logistique.

Le présent document s'articule autour de quatre parties :

- L'analyse de la situation ;
- L'agenda stratégique ;
- Le cadre opérationnel de mise en œuvre et
- Le budget.

## **Première partie : Analyse de la Situation**

## I. Analyse de la situation

### 1.1 Profil du Pays

#### 1.1.1. Caractéristiques géographiques

La République de Guinée Bissau est un pays côtier situé à l'Ouest du continent africain. Elle partage ses frontières au nord avec le Sénégal et au sud-est avec la Guinée. Elle a une ouverture à l'ouest sur l'Océan Atlantique. Elle est située entre 9°50'00" et 12°43'00" latitude Nord et 13°38'00" et 16°45'00" de longitude Ouest ([à confirmer Institut National de Statistique](#)).

La superficie du pays est de 36 125 Km<sup>2</sup>. Son climat tropical humide, chaud et se caractérise par deux saisons : a) la saison des pluies de mai à octobre et b) la saison sèche de novembre à avril.

Le Réseau hydrographique du pays est constitué de fleuves côtiers. Les deux principaux sont le Rio Geba dont le haut bassin est situé en haute Casamance au Sénégal et le Rio Corubal dont le haut bassin (Tominé-Koliba) et ses affluents (Kissen, Féfiné-Senta) est situé dans l'ouest du Fouta Djallon en Guinée.

Figure 1 : Carte de la Guinée Bissau



#### 1.1.2 Structures administratives, démographiques et communautaires

##### Organisation politique et administrative

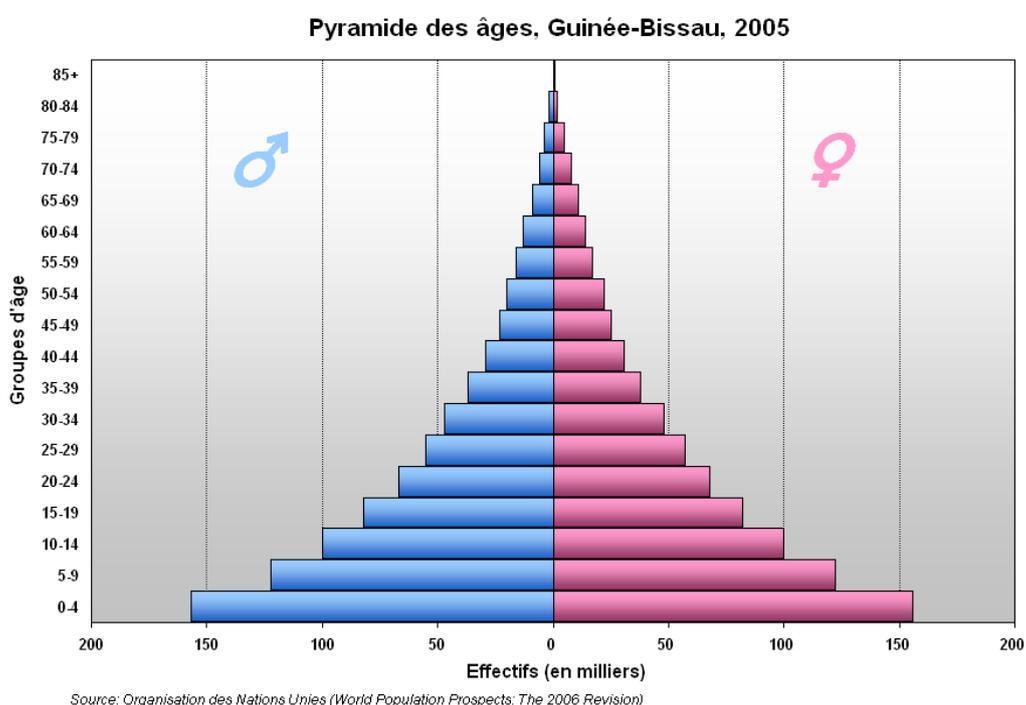
En Guinée-Bissau l'exercice du pouvoir est légalement exercé à travers un système politique caractérisé par le multipartisme et semi-présidentiel, avec un président élu pour un mandat de cinq ans renouvelable une fois et une Assemblée nationale élue pour quatre ans. On note également la séparation des 4 pouvoirs : présidentiel, législatif, gouvernemental et judiciaire.

D'un point de vue administratif, la Guinée-Bissau est divisée en huit régions : Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagos, Cacheu, Gabu, Oio, Quinara, Tombali et le Secteur Autonome de Bissau, la capitale politique, économique et administrative du pays, qui équivaut à une région. Les régions sont à leur tour subdivisées en 36 secteurs y compris le Secteur Autonome de Bissau.

Au plan sanitaire, le pays comprend onze (11) régions sanitaires subdivisées en 114 aires sanitaires. Chaque région sanitaire est dirigée par un Directeur régional de la santé. Les aires sanitaires sont gérées par les Responsables des aires sanitaires.

#### □ Données démographiques

Le recensement national de la population et des ménages de 2009, fait état d'une population totale d'environ 1.449.230 habitants caractérisée par sa jeunesse avec environ 42,5% de la population qui a moins de 15 ans et 17% moins de 25 ans. Les femmes représentent plus de 51% de la population. Le taux de croissance annuel est de 2,54 % avec une espérance de vie moyenne de 45,8 ans (PNUD, 2007 voir données 2011). Environ 30% de la population guinéenne se trouve dans le Secteur Autonome de Bissau (PNDS 2003 voir données 2011).



**Figure 2**

**Tableau 1 : Données démographiques nationales et données sur les établissements scolaires et sanitaires par régions (à actualiser en 2014)**

Province/	Districts/Aires	Population	Moins de	05 à 14 ans	Nombre d'écoles	Hôpitaux	Centres de	Nombre de Centre de
-----------	-----------------	------------	----------	-------------	-----------------	----------	------------	---------------------

Région	Sanitaires	Totale 2012	05 ans (17%)	(26.7%)	primaires	régionaux/ National	Reference	Santé
BAFATA	13	243 613	41 414	65 045	?	1		14
BIJAGOS	11	24 749	4 207	6 608	?	-		11
BIOMBO	8	86 629	14 727	23 130	?	1	1	8
BOLAMA	3	10 609	1 804	2 833	?	-		2
CACHEU	17	212 655	36 151	56 779	?	1		17
QUINARA	6	69 546	11 823	18 569	?	-		6
GABU	19	228 862	38 907	61 106	?	1		19
OIO	10	187 043	31 797	49 941	?	1		10
FARIM	5	52 458	8 918	14 006	?	-		5
TOMBALI	8	109 399	18 598	29 210	?	1		8
BISSAU/SAB	14	426 341	72 478	113 833	?	2	5	14
<b>11</b>	<b>114</b>	<b>1 651 906</b>	<b>280 824</b>	<b>441 059</b>	<b>?</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>114</b>

## ☐ Données socio-culturelles

La Guinée-Bissau est caractérisée par une grande diversité ethnique. Néanmoins, cinq groupes ethniques représentent plus de 85% du total de la population (Fula - 25,4%, Balanta - 24,6%, Mandinga - 13,7%, Manjaco - 9,3%, et Pepel - 9.0%).

En plus de la diversité ethnique, le pays abrite également un ensemble de différentes confessions religieuses (catholiques, protestants, musulmans et animistes).

La langue officielle est le portugais qui conserve aujourd'hui une place prépondérante dans l'espace politique et socio-économique, mais il est également concurrencé par le créole portugais (symbiose des langues autochtones et le portugais), parfois le français. Le créole portugais demeure sans conteste la grande langue véhiculaire du pays, puis que 80 % des Bissau-guinéens peuvent s'exprimer dans cette langue. C'est pour cette raison qu'il est utilisé, concurremment à l'oral avec le portugais, dans les débats parlementaires, les cours de justice, la fonction publique et les médias électroniques. On estime qu'environ 11 % de la population peut s'exprimer en portugais. Ajoutons aussi que beaucoup de Bissau-guinéens instruits parlent aussi le français parce que c'est la langue officielle des pays voisins (Sénégal et Guinée-Conakry). D'ailleurs, la Guinée-Bissau, à l'instar de quelques autres

pays d'Afrique non francophones, tels que la Guinée équatoriale (espagnol), le Cap-Vert (portugais) et Sao Tomé-et-Prince (portugais), fait maintenant partie de la Francophonie. Ces quatre pays sont tous enclavés par des États dont la langue officielle est le français, et ils entretiennent des liens culturels et économiques très importants avec leurs voisins francophones. C'est pour cette raison que, dans les écoles secondaires, ces États ont développé l'enseignement du français comme seconde langue. Aujourd'hui, le français est devenu une langue co-officielle avec le portugais. Si la connaissance du portugais demeure limitée en Guinée-Bissau, ce l'est encore plus du français.

### **1.1.3. Situation socio-économique et indicateurs**

#### **☐ Contexte socio-économique**

La Guinée-Bissau est l'un des pays qui connaît le développement humain le plus faible au monde de par le bas niveau de son indicateur du développement humain (IDH) estimé à 0,353 en 2011 qui l'a placé en 176<sup>ème</sup> position sur un total de 177 pays (PNUD, 2011). Les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) y connaissent aussi un faible niveau de réalisation (Cf. République de Guinée-Bissau, Rapport sur les objectifs du millénaire pour le développement, 2004). En effet, ce rapport révélait l'importance des retards pour l'ensemble des OMD qui risqueraient de ne pas être réalisés si rien n'est fait pour accélérer leur rythme d'achèvement. La pauvreté absolue augmente et les rythmes de progression de l'éducation, de l'égalité de genre et de l'autonomisation des femmes sont lents. Qui plus est, la santé de la population ne s'améliore guère en témoignent la montée de la pandémie du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme et l'absence de réduction significative de la mortalité infantile et maternelle. Tout cela se traduit par une espérance de vie à la naissance de **54 ans** (2012 : source Banque Mondiale). Sans changement radical du cours des choses, plusieurs décennies seraient nécessaires pour voir l'ensemble de ces fléaux vaincus, l'éducation pour tous réalisée, l'égalité du genre et l'autonomisation des femmes assurées.

L'économie est basée principalement dans le secteur de l'agriculture, la pêche et surtout l'exportation de produits tels les noix de cajou, les poissons, fruits de mer et le bois. Ce sont les principaux secteurs d'économies du pays.

L'agriculture emploie 82% de la population active, l'industrie 4% et les services (administration publique essentiellement) 14% (Sangreman et al. 2006). Le PIB dépend fortement de l'agriculture, en particulier la noix de cajou. Cette situation rend l'économie de la Guinée-Bissau très vulnérable à cause de la baisse du prix de ce produit sur le marché international.

Actuellement, le produit intérieur brut (PIB) par habitant de la République de Guinée-Bissau est un 827 USD PPA (PNUD, 2007). En 2002, la croissance du PIB a été négative de 7,2% et l'investissement en pourcentage du PIB a diminué (de 21,8% en 1997 à 11% en 2003) qui a porté préjudice à l'effort de reconstruction (DSRP, 2006). L'aide au développement a également connu une diminution (74,2%

du PIB en 1994 à 29,2% du PIB en 2002) (DSRP, 2006). Notons que la dette extérieure du pays est quatre fois plus élevée que le PIB (voir DENARPSII)

La pauvreté touche deux tiers de la population. En effet, 66,7% de la population vit avec moins de 2 dollars par jour et 20,8% avec moins de 1 dollar par jour. Le pourcentage de pauvres est plus élevé dans les zones rurales et chez les personnes âgées de plus de 45 ans (en particulier ceux de plus de 66 ans) (DSRP, 2006).

Le ratio du total des salaires et des revenus fiscaux, était de 77,1% en 2000-2003 et 89% en 2006, ce qui dépasse de loin le critère de convergence de l'UEMOA. Si cette tendance se poursuit, on assistera à un effondrement des finances publiques avec des retards systématiques de paiement des salaires. Cette situation pourrait avoir des répercussions graves sur la stabilité sociale.

#### **Education**

L'éducation est l'un des secteurs les plus problématiques du pays. Sa faible performance est conditionnée par des ressources humaines, matérielles et financières limitées. En 2004, 2.5% du PIB a été consacré à l'éducation (moyenne pour l'Afrique sub-saharienne est de 4%) (DSRP, 2006).

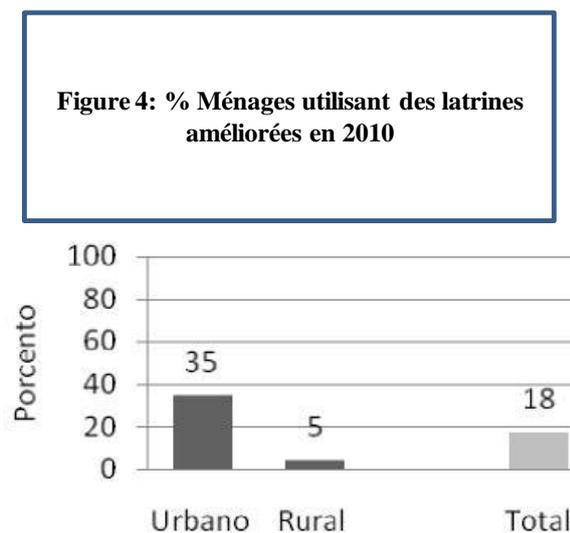
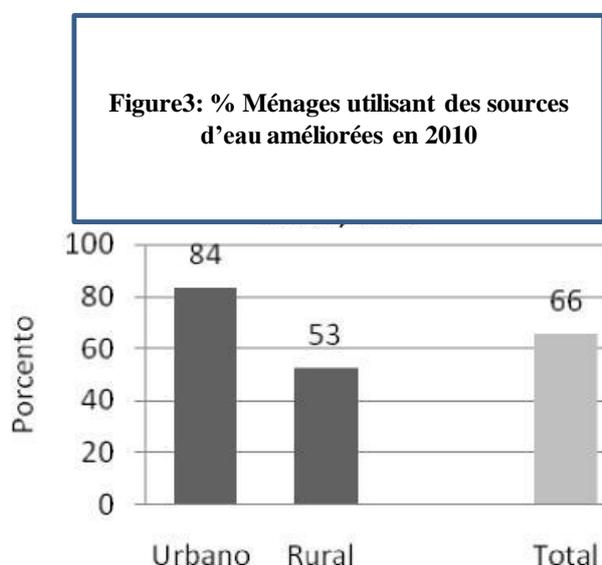
Le programme d'enseignement primaire prévoit un cursus de six ans tout en portugais; la plupart des manuels scolaires proviennent du Portugal. Cela dit, la Guinée-Bissau compte parmi les dix pays au monde dont le système d'éducation est le moins développé : le taux de scolarisation est de 53 % pour les enfants (tranche d'âge 7 à 12 ans), le taux d'analphabétisme des plus de 15 ans est de 73,5 %. Selon l'UNESCO, 75 % des femmes ne savaient ni lire ni écrire en 1990; en 1995, 50 % des hommes et plus de 80 % des femmes étaient analphabètes, ce qui semble constituer le cœur de la problématique du développement dans ce pays.

Seuls 8 % des enfants qui commencent les quatre années d'école primaires terminent leurs études. Dans les zones rurales, les enseignants n'ont en général comme formation que quatre années d'école primaire. De façon générale, on assiste à une pénurie chronique du corps enseignant à tous les niveaux. On peut donc parler d'un système d'éducation peu performant, ce qui constitue sans nul doute autant d'entraves supplémentaires au développement du pays. La faculté de médecine existe depuis 1986. A partir de 2005, 03 universités autres universités ont été créées.

#### **Approvisionnement en eau potable et assainissement**

Globalement, plus de la moitié (2 tiers) de la population de Guinée-Bissau, utilise pour la consommation une source d'eau améliorée. La différence entre les zones urbaines et rurales est grande : seulement 53% des ménages résidants dans les zones rurales utilise des sources d'eau améliorées, tandis que le pourcentage des utilisateurs de sources d'eau améliorées dans les zones urbaines est de 84%, (Cf. Figure 3). L'indicateur d'assainissement de base fait ressortir la disparité

existante dans la disponibilité et l'usage des infrastructures améliorées entre les deux zones (Urbaine et rurale) : seulement 5% des membres des ménages en vivant dans les zones rurales utilise des installations sanitaires améliorées, tandis que 35% des ménages résidants dans les zones urbaines utilise des installations sanitaires améliorées (Cf. Figure 4 ; MICS, 2010 Guinée Bissau)



#### ☐ **Comportements, coutumes et attitudes**

Comme dans la plupart des pays sub-sahariens, les comportements adoptés sont peu favorables à la santé à cause du bas niveau d'éducation sanitaire de la majorité de la population. Ils se caractérisent par un faible respect des règles d'hygiène individuelle et environnementale, ainsi que par le manque d'informations de la population sur la plupart des maladies transmissibles.

**Tableau 2 : Les principaux indicateurs sociodémographiques (tableau à actualiser avec les références à préciser)**

<b>Indice de développement humain (IDH) 2011</b>	0,353 (176e rang)
<b>Santé</b>	
Espérance de vie à la naissance (en années)	48.1
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur</b>
Dépenses en santé (% du PIB)	1.6
Taux de mortalité chez les moins de cinq ans (pour 1 000 naissances vivantes)	193
Espérance de vie à la naissance (en années)	48.1

Index de la santé (espérance de vie)	0.444
<b>Revenu</b>	
Revenu national brut (RNB) par habitant (\$ constants de 2005)	994
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur</b>
PIB par habitant (\$ constants de 2005)	973
Revenu national brut (RNB) par habitant (\$ constants de 2005)	994
Indice de revenu (RNB par habitant)	0.329
<b>Inégalité</b>	
Indice de développement humain (IDH) ajusté aux inégalités	0.207
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur</b>
Indice de Gini, revenu	n.d.
Perte dû à l'inégalité de l'espérance de vie (Atkinson) (%)	50.1
Perte dû à l'inégalité de la scolarisation (Atkinson) (%)	40.3
Perte dû à l'inégalité des revenus (Atkinson) (%)	32.5
Indice du niveau d'instruction ajusté aux inégalités	0.181
Indice d'espérance de vie à la naissance ajusté aux inégalités	0.221
Indice de revenu ajusté aux inégalités	0.222
Indice de développement humain (IDH) ajusté aux inégalités	0.207
<b>Genre</b>	
Indice d'inégalité de genre	n.d.
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur</b>
Population ayant au moins une éducation secondaire, rapport femme/homme (Ratio femmes/ hommes)	n.d.
Taux de fécondité, chez les adolescentes (femmes âgées de 15 à 19 ans) (le nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans)	111.1
Taux d'activité de la population active (Ratio femmes/ hommes)	0.711
Indice d'inégalité de genre	n.d.

Nombre de sièges au Parlement, rapport femme/homme	0.111
Taux de mortalité maternelle (le nombre de décès chez les mères pour 100 000 naissances vivantes)	1
<b>Démographie</b>	
Population, total des deux sexes (en milliers)	1,547.1
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur</b>
Population, total des deux sexes (en milliers)	1,547.1
Population urbaine (%) (en % de la population)	30.2
Population, femmes (en milliers)	780.27
Population, hommes (en milliers)	766.79

Source : UNICEF (2011). <http://hdrstats.undp.org/fr/indicateurs/57506.html>

#### 1.1.4. Transport et communication

Selon le Document de Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (DSRP) (2006), les infrastructures de soutien aux activités économiques sont déficientes : un réseau routier pauvre et en mauvais état, les ports maritimes obsolètes et sous équipés. Les télécommunications et l’approvisionnement en électricité n’échappent pas à ces difficultés (seulement 5,7% de la population a accès l’électrique de façon irrégulière).

En effet, l’un des traits marquants de la fragilité en Guinée Bissau est l’incapacité du budget de l’Etat à assurer les investissements publics dans les infrastructures, ce qui affecte négativement la compétitivité de l’économie. En effet le programme d’investissement public est financé à hauteur de 95% par l’aide extérieure (Source : Stratégie du groupe de la BAD en Guinée Bissau 2012-2016).

**Le réseau routier** est de 2755 km dont seulement un tiers est bitumé. Le réseau routier principal est en bon état, grâce à plusieurs projets engagés ces dernières années avec l’appui de l’U.E. Ces projets ont surtout touché les tronçons (avec la construction des deux ponts en 2008 et 2009) entre Bissau et Ziguinchor au Sénégal, avec des bretelles vers Banjul en Gambie. La partie méridionale du pays est encore beaucoup plus difficile à atteindre, nécessitant un long détour. L’état du réseau des routes secondaires, constitue un goulot d’étranglement pour le secteur agricole et en particulier pour la noix de cajou, principale recette d’exportation. En outre, toutes les liaisons avec les ports fluviaux sont classés prioritaires pour l’évacuation des produits de la pêche et du riz vers Bissau.



## **1.2 Analyse du Système de Santé**

Au plan sanitaire, compte tenu de certaines caractéristiques géographiques et des contraintes logistiques qui en découlent : la région administrative de Bolama-Bijagos (essentiellement composée d'îles) a été scindée en deux régions (Bolama et Bijagos) et celle d'Oio également en deux régions (Oio et Farim). Ainsi, le pays compte **11 régions sanitaires**, y compris le Secteur Autonome de Bissau. Ces 11 régions sanitaires sont subdivisées en **114 aires de santé** (niveau le plus proche des communautés), définies sur la base de critères géographiques, couvrant une population comprise entre 5.000 et 12.000 habitants. Pourtant, plus de 40% de la population vit à une distance supérieure à 5 km des structures de soins de santé primaires les plus proches. Aussi, 2 nouvelles Aires de Santé ont été créées et attendent d'être officiellement enregistrées ; ce sont l'Aire de Santé de Tatam Cossé dans la Région Sanitaire de Bafata et Bula/Co dans celle de Cacheu. Ce qui porte le nombre d'Aires opérationnelles à 116.

### **1.2.1 Objectifs et priorités du système de santé**

Le Gouvernement de Guinée Bissau à travers le Ministère de la Santé Publique a pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population, non seulement parce que c'est un droit humain, mais aussi pour permettre la relance de l'économie et la diminution de la pauvreté en maintenant le capital humain en bonne santé. Pour cela, il s'est engagé à garantir une bonne accessibilité pour tous les habitants du territoire national aux services de soins de bonne qualité. Les priorités du système national de santé transparaissent à travers les objectifs généraux du PNDS ci-dessus :

- Consolidation des soins de santé primaires à travers un paquet minimum d'activités (PMA),
- Amélioration de l'accès aux services de santé (actuellement 40%),
- La répartition équitable des ressources, tant humaines, matérielles et financières,
- Améliorer le fonctionnement des services de santé et la qualité des soins, y compris les aspects des soins,
- La décentralisation progressive du système de santé et
- Définition et élaboration d'une politique des ressources humaines.

Le développement de la collaboration intersectorielle est en cours ainsi que le renforcement des activités d'information, d'éducation et de Communication (IEC), à la fois intra et intersectorielle.

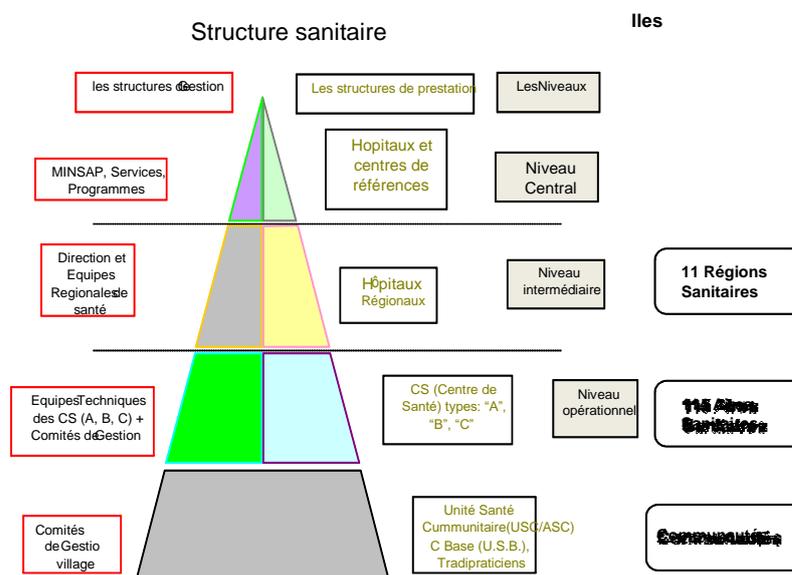
### **1.2.2 Analyse du système de santé dans son ensemble**

#### **☐ Organisation du système de santé**

Le Système est organisé de façon pyramidale à 3 niveaux comme représenté ci-dessous : le niveau central, le niveau intermédiaire ou régional et le niveau opérationnel.

**Au niveau central**, il y a le Ministère de la Santé, qui comprend un Cabinet du ministre, un Secrétaire d'Etat à la Santé, trois directions générales et directions des services, des programmes et départements de services dont les fonctions consistent à coordonner et soutenir les diverses activités de santé. Le système dispose d'un hôpital national pour les soins spécialisés et de quelques centres de référence spécialisés dont : a) l'Institut national de la santé (INASA) dont la mission est de coordonner et de mener des recherches en matière de santé; b) le laboratoire national de la santé publique; c) la centrale d'achat des médicaments essentiels (CECOME) pour soutenir la mise en œuvre de la politique de recouvrement des frais médicaux et de médicaments.

**Figure 5 : Structure sanitaire**



(\*NB : changer le terme comité de IB du gestion par Comite de Gestion de IB, 114 aires sanitaires)

Le niveau central est chargé de définir les grandes orientations pour le niveau régional en termes de priorités nationales. Ici sont représentés les principaux programmes et institutions des structures nationales de référence en ce qui concerne le 2ème niveau de soins, offrant les soins secondaires plus complexe, et certains soins tertiaires (Centre de réhabilitation physique et de la santé mentale)

Le secteur privé est actuellement sous-développé dans le pays, et se compose de cliniques et de cabinets de consultations.

**Au niveau régional**, il y a une direction régionale dotée d'une équipe chargée d'assurer la mise en œuvre de la politique de santé et de la coordination de toutes les activités, y compris celles en

partenariat avec d'autres secteurs. A ce niveau, se trouvent cinq hôpitaux régionaux pour assurer la fourniture de soins de santé (services de chirurgie, de transfusion sanguine, de radiologie, des examens en laboratoire différenciés et d'autres diagnostics) complémentaires aux paquets minimums d'activités (PMA) et qui jouent donc le rôle d'établissements de référence de premier niveau.

**Au niveau opérationnel ou local, où commencent les soins de santé primaires : les unités de santé communautaires (USC), dans lesquels les premiers soins sont offerts par des agents de santé communautaires. Les agents de santé communautaires (ASC) jouent le rôle du premier niveau de contact entre la population et le système de santé. (À reformuler avec POPEN).**

Il y existe trois types d'établissements de santé type C, B et A, parallèlement à ces USC (qui n'existent plus depuis 2010), il y'a d'autres unités dont les Postes et Centres de Santé. Cette définition vise à rationaliser l'utilisation des ressources matérielles, financières et humaines. Un poste de santé ou centre de santé de type C couvre des zones où la densité de population est très faible, avec une fourchette de rayon de couverture comprise entre 5 -10 km, tandis que le centre de santé de type B et A sont des aires sanitaires ayant une capacité d'utilisation de 20-30 lits pour une population plus dense. La seule différence entre ces deux types de centres de santé est que celui du type A est conçu pour les zones d'accès difficile et doit être équipé d'un petit bloc opératoire (pour assurer des interventions de césariennes etc.). Ces différentes catégories de centres de santé sont distribuées dans les 114 aires de santé que compte le système national de santé du pays. (Vérifier la situation de l'existence de ces aires de santé et se prononcer sur la qualité du texte).

#### **Accessibilité géographique**

Une enquête menée en 1999 indiquait que les services publics de santé n'étaient accessibles que pour 40% de la population à un rayon de 5 km (source : réformer les politiques pour atteindre les OMD en guinée- Bissau, PNUD 2006). Cette accessibilité était plus grande dans la région de Tombali qui avait le plus grand nombre d'établissements pour cent mille habitants. L'accessibilité dans un rayon de 5km correspondant à 1 heure de marche environ pour des personnes en bonne santé. Ceci peut être critique pour les malades et pour des femmes portant des complications de grossesse étant donné l'état déplorable des voies d'accès et les moyens limités de transport pour les évacuations.

#### **Accessibilité financière**

La politique de recouvrement des coûts est une forme de partage des coûts par les utilisateurs des services qui sont rendus par les établissements publics de santé. Malgré les tarifs modiques appliqués, tous les patients ne sont pas en mesure de payer l'équivalent de 1 \$ US pour accéder aux

soins. Pour les indigents, il y a un mécanisme de solidarité dans laquelle une entité donnée doit subventionner l'accès aux soins pour cette catégorie de patients.

#### **Accessibilité culturelle**

Dans les aires de santé, les établissements sanitaires se conforment au modèle de fonctionnement agréé par le comité de gestion et la communauté locale. L'implication de la communauté dans les domaines de la gestion de la santé est un moyen de contourner d'éventuels problèmes d'accès à une catégorie sociale (minorités ethniques, religieuses) et surtout dans la recherche de solutions pour les indigents. En outre, lorsqu'il n'y a pas d'autres barrières culturelles, il est possible d'allouer des ressources humaines appartenant culturellement au milieu (cas de Bijagos, CS Gamamudo, etc...).

#### **Système National d'information sanitaire**

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) prend en compte les activités curatives et préventives menées dans la totalité des 114 aires sanitaires du secteur publique. Il ne prend pas toujours en compte les données du Secteur privé. Malheureusement, compte tenu du volume d'activités à mener par un staff très réduit au niveau des Aires Sanitaires et la masse d'informations à recueillir et à transmettre périodiquement, la collecte des données est peu performante.

Il existe un bulletin mensuel qui ne prend pas encore en compte les données MTN. Un plan de développement du SNIS est en cours de validation. Le rajout des indicateurs MTN en cours de finalisation se fera à l'issue.

Les indicateurs MTN ne sont pas effectivement pris en compte dans le SNIS. Le flux d'informations de la périphérie vers le niveau central se fait par le biais des responsables des Aires Sanitaires avec l'implication d'un responsable régional. Ce dernier se charge de la saisie et la compilation des données en provenance des aires sanitaires sous sa responsabilité avant de les transmettre au niveau central, à l'INASA qui abrite le SNIS où est logée la banque de données. Cette dernière institution est responsable de la compilation de toutes les données en provenance des régions, l'analyse des données globales et la rétro-information au niveau régional et du niveau régional aux aires sanitaires. La validation des données au niveau central, avec l'INASA est faite avec le concours des programmes de santé.

#### **Ressources du secteur de la santé**

Cette partie présente les informations sur les ressources du secteur de la santé et porte sur les infrastructures et les ressources humaines. L'offre des services de santé de qualité pour tous en Guinée-Bissau constitue encore un défi face aux limitations de plusieurs ordres : la dégradation des infrastructures, la faiblesse des ressources humaines et matérielles disponibles et la forte

dépendance du secteur de l'intervention de la coopération internationale (source : réformer les politiques pour atteindre les OMD en guinée- Bissau, PNUD 2006).

✓ **Infrastructures sanitaires**

Seules les infrastructures publiques sont prises en compte dans le tableau 4. Globalement, les besoins de rénovation et d'extension de certains hôpitaux et centres de santé se font ressentir pour respecter les normes d'établissements de soins.

**Tableau 4 : Structures publiques**

Province/Région	Districts/Aires Sanitaires	Hôpitaux régionaux/ National	Centres de Reference Nationale	Nombre de centres de santé
BAFATA	13	1		13
BIJAGOS	11	-		11
BIOMBO	8	1	1	8
BOLAMA	3	-		3
CACHEU	17	1		17
QUINARA	6	-		6
GABU	18	1		18
OIO	10	1		10
FARIM	5	-		5
TOMBALI	8	1		8
BISSAU/SAB	14	2	3	14
<b>11</b>	<b>114</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>114</b>

✓ **Ressources humaines**

Le Ministère de la Santé emploie environ **xxxx** personnes. Le tableau ci-après donne la répartition du personnel soignant (**en cours d'actualisation par le service des RH**).

**Tableau 5 : Corps Professionnel de la Santé par catégories et par corps 2009 (DRH-MSHP)**

Régions sanitaires	Pop. totale en 2012	Médecins	Infirmiers	Sages femmes	Sages femmes Aux	Infirmiers auxiliaires	Pharmaciens	Pharmaciens Aux.	Tec. Labo.	Tec. Lab. Aux	Tec RX	Autres*	Tec RX aux	Tec Anesthésiste	Tec Ophtalmo
BAFATA	243 613	6	35	9	0	28	0	0	4	0	1			0	0
BIJAGOS	24 749	2	16	3	0	9	0	0	3	0	0			0	0
BIOMBO	86 629	4	15	19	0	13	1	0	3	6	1				
BOLAMA	10 609	1	9	2	0	8	0	1	2	0					
CACHEU	212 655	5	43	20	1	22	1	0	8	4	1			1	0
FARIM	69 546	2	7	1	0	11	0	1	1	1					
GABU	228 862	6	48	12	0	22	1	1	5	2					1
OIO	187 043	5	12	12	0	19	1	0	2	3	1			0	0
QUINARA	52 458	4	10	8	0	17	1	0	3	1	0			0	0
TOMBALI	109 399	3	28	7		24			11	1					
BISSAU/SAB	426 341	9	45	25	4	39	3	1	15	8					
Hopital NSM		46	102	29		53	6	4	28	11	2	35	2	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>1651904</b>	<b>93</b>	<b>370</b>	<b>147</b>	<b>5</b>	<b>265</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>85</b>	<b>37</b>	<b>6</b>	<b>35</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

(\*): personnel administratif et autres spécialités

NB: non compris personnel technique du ministère de la santé et de l'Hôpital Raoul F.

Fonte: DRHAS / DGASS / MINSa Novembre 2011

### ✓ **Gestion et fourniture en produits pharmaceutiques**

La CECOME (Centrale d'achat et distribution des médicaments essentiels) est un organisme national spécialisé dans l'estimation des besoins et l'approvisionnement en médicaments essentiels pour la consommation intérieure au système de santé. Les établissements de santé sont ravitaillés directement à partir des entrepôts régionaux décentralisés. Au niveau central, la CECOME assure également la gestion des stocks de médicaments et du matériel de laboratoire spécifiques aux MTN en collaboration avec la coordination MTN pour ce qui concerne le suivi et l'évaluation des stocks.

Concernant les médicaments pour la lutte contre les MTN, il importe de les intégrer dans le Système National de gestion du médicament aux différents niveaux de la pyramide sanitaire en s'assurant de leur inscription dans la liste nationale des médicaments essentiels.

- **Le secteur public**

Le représentant principal de ce secteur est La CECOME qui a une mission d'intérêt général et de service public. Elle assure l'approvisionnement en produit de santé de qualité, des structures sanitaires, des ONG participant au service public, des projets de coopération bi et multilatérale.

- **Le secteur privé**

Les produits pharmaceutiques sont importés directement par les propriétaires des pharmacies privées et doivent disposer de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). L'inspection régulière et le contrôle de qualité des médicaments sont assurés par le Ministère de la santé.

- ✓ **Médecine traditionnelle**

Le Ministère de la santé a créé une Direction des Services de Santé Communautaire et Promotion de la médecine traditionnelle en 2009 et a déjà élaboré une politique nationale à cet effet. C'est à partir de ce service que se fait la coordination des activités des Agents de Santé Communautaire. Dans le cadre de la lutte contre les maladies en général et les MTN en particulier, il importe de renforcer la collaboration avec ces Agents de Santé Communautaire.

- ✓ **Ressources financières et financement du secteur santé**

Le financement du secteur de la santé dépend principalement de trois sources à savoir : le budget alloué au secteur de la santé par l'État, les contributions des utilisateurs des services de santé, les contributions des partenaires bilatéraux et multilatéraux.

En général, la part de la contribution aux dépenses de santé de l'état est estimée à environ 10% et celle de la population à 2%. Le reste du budget est constitué par les contributions des partenaires à environ 88% (**à vérifier et corriger éventuellement ainsi que les sources**). Dans ce contexte, le pays est loin d'atteindre les cibles d'Abuja qui retient que 15% du budget de l'Etat devrait être allouée au secteur de la santé. Ces contraintes réduisent également les chances du pays pour progresser vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Le financement communautaire, pilier important du secteur de santé est confronté à des problèmes de gestion dus à une mauvaise utilisation des fonds collectés en raison du manque de supervision, d'utilisation judicieuse des outils de gestion et aux participations des acteurs aux activités de planification communautaire.

✓ **Budget de la Santé**

**Tableau 6** : Prévission budgétaire 2012 (Edité le30/11/2011 par : DGO)

Ligne budgétaire	MONTANT (en million de FCFA) en 2012
Personnel	2 927,000
Acquisition de biens et services	920,810
Autres dépenses	107,073
Investissements	3 297,413
Total	7 252,296

✓ **Organisation de la santé en milieu scolaire**

Sous l'impulsion de l'OMS, le pays a lancé un programme d'écoles promotionnelles de santé, une occasion de promouvoir la santé scolaire. En outre, le Programme alimentaire mondial (PAM) met également en œuvre des actions de déparasitage et supplémentation régulière en nutriments afin d'améliorer l'état de santé des élèves et ainsi améliorer leur rendement scolaire. Un programme de santé scolaire n'existe pas. Cependant certaines écoles possèdent des infirmeries (SOS, école catholique, école portugaise, Maison Emmanuelle, etc.).

La collaboration entre le Secteur de la Santé et celui de l'Education doit être renforcée pour une meilleure exécution des programmes au profit des enfants d'âge scolaire qui constituent une grosse cible des MTN.

☐ **Leadership et Gouvernance du système**

Le Ministère de la Santé en tant que leader dans le secteur de la santé a adopté un plan cadre (PNDS). Ce plan de 10 ans est le cadre politique et des stratégies spécifiques à chaque programme ou domaine de la santé, vu comme un outil pour mobiliser des ressources internes et externes et des partenariats. Le PNDS est en parfaite harmonie avec le DSRP.

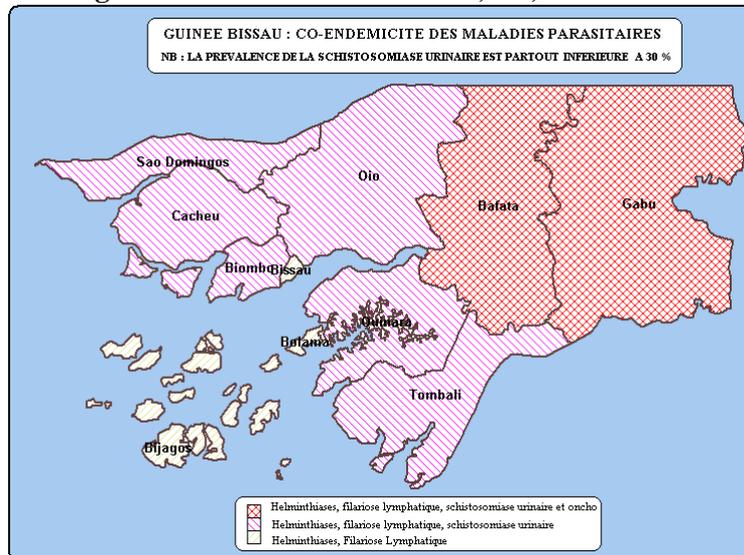
### **1.3 Analyse situationnelle des Maladies Tropicales Négligées**

#### **1.3.1 Epidémiologie et fardeaux des Maladies Tropicales Négligées**

Parmi les maladies qui persistent dans presque tous les pays, mais qui ne sont pas bien prises en compte par le système de surveillance épidémiologique, on peut citer la filariose lymphatique, la schistosomiase, les helminthiases, etc. Ces affections sont co-endémiques en Guinée Bissau (fig.6). Les informations sur les problèmes de santé oculaire ne sont pas collectées dans la routine du SNIS, par conséquent, la plupart des informations disponibles est basée sur des estimations. Les données de consultations externes et les champs de chirurgie de la cataracte indiquent que les principales causes de cécité dans le pays sont : la cataracte, le trachome, le trichiasis, le glaucome, des erreurs

de réfraction et la baisse de vision ainsi que les traitements traditionnels pour des complications de maladies infectieuses (kérato-conjonctivite et uvéite) et l'onchocercose.

**Figure 6 : Co-endémicité Schisto, FL, et helminthiases**



**La filariose lymphatique :** Depuis l'indépendance, la première et seule étude de prévalence de la filariose lymphatique a été réalisée du 28 février au 4 mars 2005 selon les techniques immunochromatographiques (carte ICT). Cette étude a révélé que toutes les régions du pays restent endémiques, avec une prévalence moyenne de 6%, se situant entre 0,5% et 24%. Les régions de Bafata, Gabu et Bijagos ont les taux de prévalence les plus élevés du pays (Fig.7) et dans 4 régions, les données étaient moins concluantes avec seulement un cas positif sur un échantillon de 100. Mais dans ces 4 régions, les Directeurs régionaux confirment la présence de cliniques d'éléphantiasis vus dans les structures sanitaires ou dans les communautés, confirmant ainsi l'existence de la maladie.

Les données d'enquête par ICT sont les suivantes :

- Tombali : 0,5%
- Gabu : 14%
- Bafata : 12%
- Bolama : 2%
- Bijagos : 24%
- Cacheu : 1%
- Sao Domingo : 1%
- Oio : 8%
- Quinara : 1%
- Bissau : 2% et
- Biombo : 1%

Concernant les enquêtes parasitologiques, elles ont été malheureusement menées le jour et n'ont pas permis d'avoir des données de base fiables. Ce sont plutôt des filarioses non pathogènes qui

avaient été trouvées sur un échantillon de 143 personnes avec seulement 2 cas de *W. bancrofti* alors que *D. perstans* représentait le gros du lot avec 141 cas positifs.

La co-endémicité oncho / LF est complète dans la zone d'onchocercose et les traitements de masse dans le cadre de la lutte contre la filariose lymphatique ont démarré en 2008 dans les 2 Régions d'onchocercose. Ainsi, celles-ci ont totalisé 6 cycles de traitements avec des couvertures variables et une certaine irrégularité dans certaines aires sanitaires.

Il importe de préciser que c'est à partir de 2011, que dans le cadre de la lutte contre la FL, les 16 aires sanitaires de ces 2 régions qui n'étaient pas concernés par la lutte contre l'onchocercose, ont commencé à bénéficier des traitements de masse par l'ivermectine et l'albendazole.

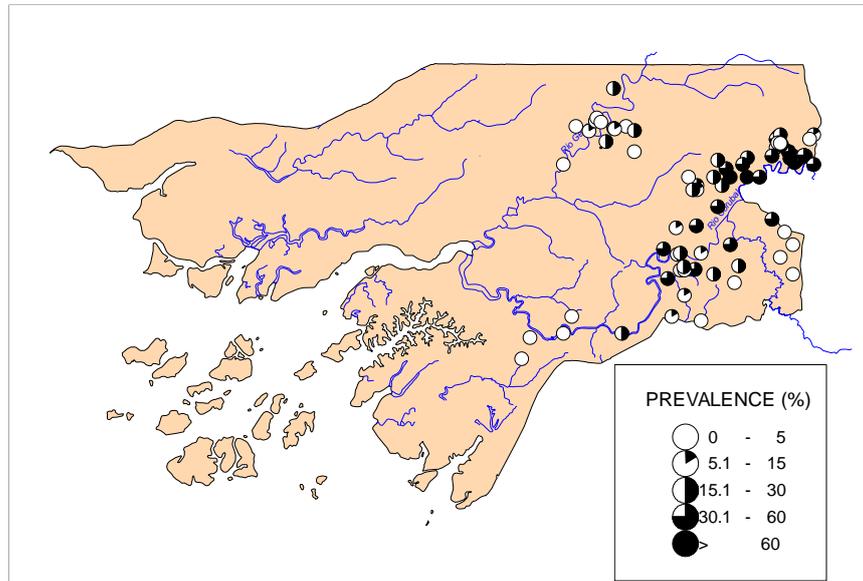
Pour ce qui est de l'onchocercose, cette maladie a été signalée de longue date dans les hauts bassins du Rio Geba et surtout du Rio Corubal où elle constituait aux yeux des autorités coloniales portugaises, un obstacle au développement agro-industriel (SONACO). Peu après son indépendance, la Guinée-Bissau a rejoint le programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) en 1988 lors de son Extension Ouest. Entre 1988-1990, une série d'enquêtes épidémiologiques et entomologiques conduites dans le pays ont permis de délimiter et de caractériser l'intensité de la transmission et de l'infection dans les foyers du Rio Geba (avec une prévalence de la maladie variant de 0-30%) et du Rio Corubal (avec une prévalence variant de 0-73%). La population à risque avait été estimée à environ 170 000 personnes, parmi lesquelles 30 000 auraient été infectées dont 1 400 aveugles. Les taux de cécités pouvaient atteindre 5% dans les villages les plus infectés du Rio Corubal.

A la fermeture de l'OCP en décembre 2002, la prévalence de la maladie était nulle dans le haut bassin du Rio Geba et comprise entre 0-35% dans le Rio Corubal. La prise en charge des activités résiduelles à partir de 2003 a été assurée par le pays avec l'appui de ses partenaires (OMS/SIZ, OMS/APOC et Sightsavers). Les dernières évaluations épidémiologiques conduites en 2007/2008 indiquent toujours des taux de prévalences de 0% sur le Rio Geba et une bonne situation dans le haut bassin du Rio Corubal avec des taux de prévalence inférieurs à 5.7%.

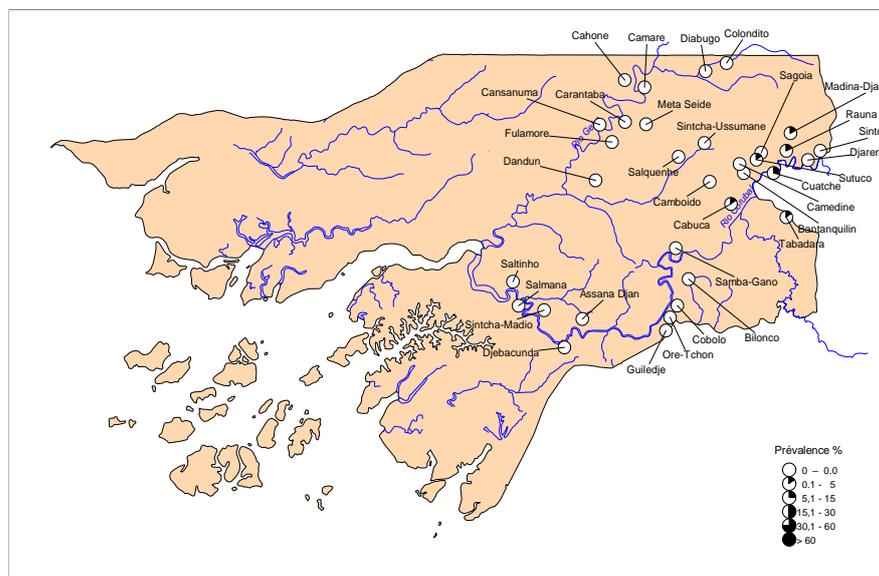
Il est prévu des enquêtes entomo-épidémiologiques de l'onchocercose en 2015 pour évaluer la situation en vue d'envisager son élimination.

Figure 7 et 8 : Evolution des Prévalences de l'onchocercose de 1988 à 2008

Prévalence des mf des villages évalués en 1988/1990



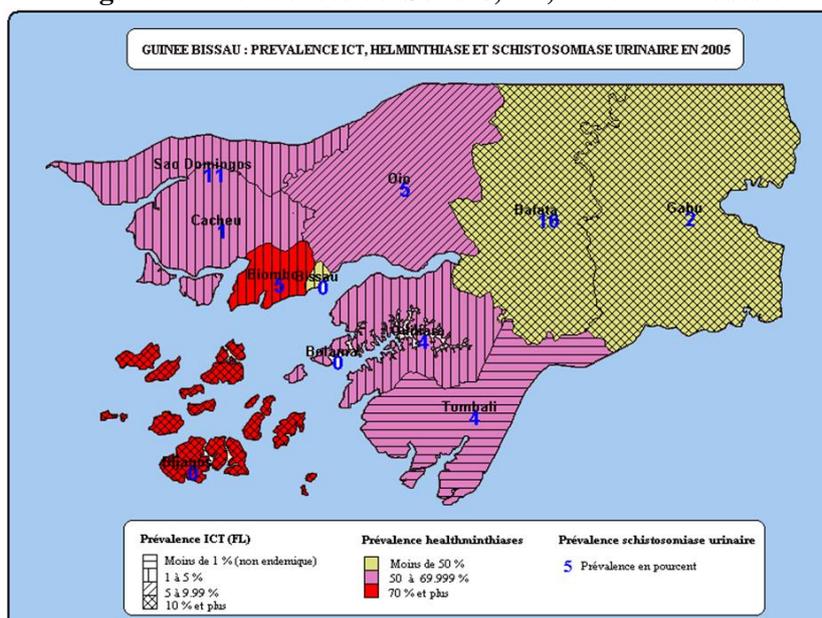
Prévalence des mf des villages évalués en 2007/2008



On peut résumer que concernant les systèmes de santé pour ce qui est de l'onchocercose, ce sont les Régions de Bafata et Gabu qui sont concernées à travers respectivement 2 Aires Sanitaires pour la première et 15 pour la seconde.

Concernant la **bilharziose**, sur la base de données de l'enquête sur les enfants des écoles, il a été constaté que la schistosomiase urinaire est encore endémique dans tout le pays avec une prévalence inférieure à **30%**.

**Figure 9 : Prévalences de Schisto, FL, et helminthiases en 2005**



Ces enquêtes de 2005 ont aussi permis d'évaluer des sites sentinelles. L'on a constaté que globalement les prévalences dans les Régions ont varié entre 0 et 16% alors que pour l'évaluation des sites sentinelles, les résultats ont permis de constater que les prévalences ont fluctué entre 0 et 12%. C'est seulement dans la Région de Bolama que nous n'avons pas enregistré de cas de bilharziose et qui fait de cette région la seule à être épargnée par l'endémie. Aussi, aucun cas de bilharziose intestinale n'a été rencontré au cours de ces enquêtes sur l'ensemble du territoire national.

Tableau 7 : Résultats de la Cartographie des schistosomiasis et de l'évaluation des sites sentinelles

Régions / Sites sentinelles	Résultats de la cartographie	Résultats des sites sentinelles
<b>Tombali</b>	<b>4%</b>	-
<b>Gabu</b>	<b>2%</b>	-
Sonaco	-	<b>4%</b>
Lebala/Nema	-	<b>12%</b>
<b>Bafata</b>	<b>16%</b>	-
Gã Tauda	-	<b>0%</b>
Cossé	-	<b>2%</b>
<b>Bolama</b>	<b>0%</b>	-
<b>Bijagos</b> (enquête par questionnaire positive)	<b>0%</b>	-
<b>Cacheu</b>	<b>1%</b>	-
Bubaque/Bejante	-	<b>0%</b>
<b>Sao Domingos</b>	<b>11%</b>	-
Cupilom	-	<b>0%</b>
<b>Oio</b>	<b>5%</b>	-
Mambonco	-	<b>0%</b>
<b>Quinara</b>	<b>4%</b>	-
<b>Bissau</b> (enquête par questionnaire positive)	<b>0%</b>	-
<b>Biombo</b>	<b>5%</b>	-
Quinhamel/Pandim	-	<b>0%</b>

Les décisions et les cycles de traitements se feront en fonction de cette situation.

Les **géo-helminthiases** sont quant à elles endémiques dans tout le pays avec une prévalence globale moyenne de 60% variant entre 13 et 93% selon les résultats de la cartographie alors que dans l'évaluation des sites sentinelles, elles ont varié entre 16 et 78%. Les régions de Bijagos et de Biombo sont des régions d'hyper endémicité, suivies des régions Bafata et Gabu où la transmission est modérée.

En 2003, une étude de la prévalence des helminthiases a été menée chez les écoliers dans trois régions (Bafata, Oio et Tombali). Il y avait une prévalence globale de 57,1%, variant entre 25,1% et 83,9%. La région d'Oio a enregistré la plus forte prévalence, suivie par Tombali avec une prévalence modérée et Bafata à faible prévalence.

C'est dire que les géo-helminthiases constituent de véritables problèmes de santé publique en Guinée Bissau. Ici aussi, les décisions de traitements de masse seront prises sur la base des résultats de ces enquêtes.

Tableau 8 : Résultats de la cartographie des STH et de l'évaluation des sites sentinelles

Région / Sites sentinelles	Résultats de la cartographie	Résultats des sites sentinelles
<b>Bafata</b>	<b>31%</b>	
Ga Tauda		<b>28%</b>
Cossé		<b>28%</b>
<b>Gabu</b>	<b>49%</b>	
Sonaco		<b>28%</b>
Lebala / Nema		<b>16%</b>
<b>Tombali</b>	<b>65%</b>	
<b>Bolama</b>	<b>67%</b>	
<b>Bijagos</b>	<b>88%</b>	
Bubaque / Bejante		<b>16%</b>
<b>Cacheu</b>	<b>64%</b>	
<b>Sao Domingo</b>	<b>63%</b>	
Cupilom		<b>24%</b>
<b>Oio</b>	<b>67%</b>	
Mambonco		<b>56%</b>
<b>Quinara</b>	<b>55%</b>	
<b>Bissau</b>	<b>13%</b>	
<b>Biombo</b>	<b>93%</b>	
Quinhamel / Pandim		<b>78%</b>

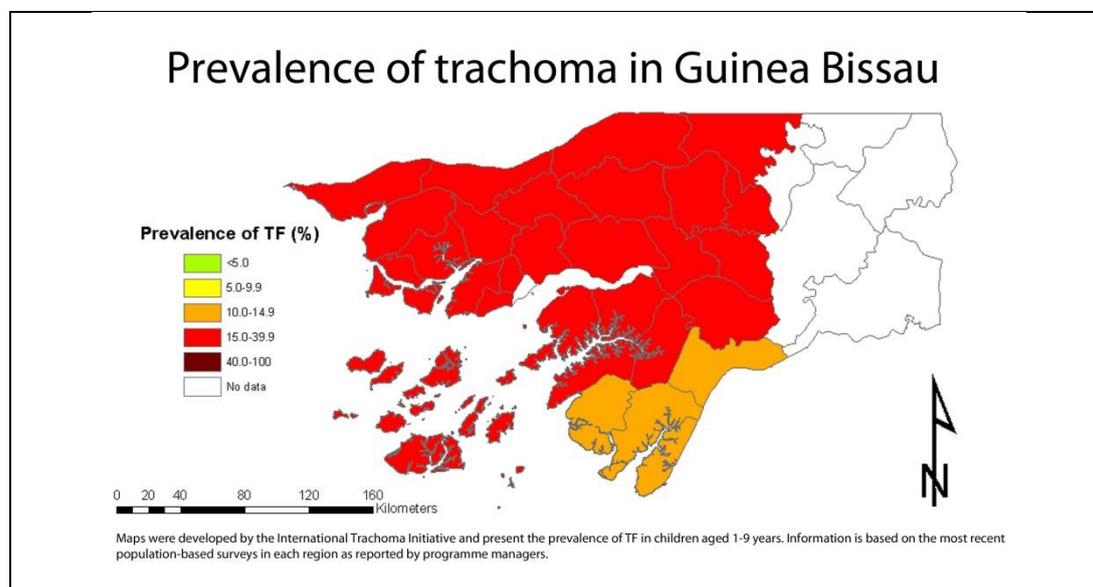
Pour ce qui est du **trachome**, une enquête a été réalisée en 2005 dans toutes les régions du pays. Cette enquête a démontré que la maladie est endémique dans tout le pays. La prévalence nationale (TF/TI) [Enquête nationale 2005] est de 19.5% avec des prévalences variant de 9,5% à 30,3% (21,4% à Bijagos ; 21,7% à Oio ; 28,7% à Bafata ; 30,3% à Cacheu et 9,5% à Gabu). Pour le **trichiasis** la prévalence nationale est de 2%. Les régions les plus touchées sont Bijagos (7,7%), suivis de Cacheu (5%), Bolama (3,1%), Biombo (2,5%) et Oio (2,2%). Les régions restantes ont des prévalences inférieures à 2%. Ces taux de prévalence pour le trichiasis constituent une pression pour les services de chirurgie ophtalmologique avec environ 15.000 personnes par année.

Tableau 9 : Résultat de la cartographie du Trachome / Trichiasis et d'une enquête d'impact

Régions	Enquêtes de base TF/TI (2005)	Prévalence du trichiasis (2005)	Enquête d'impact (2013)
Bafata	28,7%	1,2%	1,38%
Gabu	9,5%	0,2%	
Cacheu	30,3%	5,0%	
Oio	21,7%	2,9%	2,94%
Farim*	21,7%	2,9%	4,21%
Bijagos	21,4%	7,7%	
Bolama	19%	3,1%	
Biombo	17,2%	3,9%	
Quinara	16,6%	1,2%	
Tombali	15,3%	1,0%	
Bissau	15,9%	1,2%	

PS\* : la Région de Farim est originaire de l'ancienne Région de Oio. Elle a été créée en 2009.

Figure 10 : Prévalence du trachome en Guinée Bissau



Une enquête d'impact a été menée en 2013 dans 3 Régions Sanitaires que sont Bafata, Farim et Oio. Elle a donné les résultats suivants pour TF/TI dans la Région de Bafata 1,38% alors que dans les Régions de Farim et Oio, ces chiffres sont respectivement de 4,21% et 2,94%. Il est important de voir de plus près la situation de la Région de Farim pour voir les déterminants de cette situation résiduelle et apporter les réponses appropriées.

Les cas de trichiasis sont très fréquents sur l'ensemble du pays et montrent les efforts à fournir en matière de chirurgie pour la prévention de la cécité due au trachome.

Pour la **lèpre** et selon les critères de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), elle est considérée comme éliminée au plan national en Guinée-Bissau, parce que le nombre de patients sur la polychimiothérapie (PCT) est inférieur à 1 cas pour 10.000 habitants (une valeur considérée comme objectif de l'élimination par l'OMS). Chaque année sont détectés entre 50 à 70 nouveaux cas de lèpre. La proportion élevée de cas de lèpre multibacillaire (cas infectieux) parmi les cas détectés ainsi que la fréquence élevée des patients déjà diagnostiqués avec des déformations montrent que les patients de la lèpre sont dépistés et diagnostiqués très tardivement. En outre, il y a un pourcentage élevé d'enfants dépistés chaque année, parmi les nouveaux cas. C'est aussi un indicateur de la persistance de la transmission élevée de *Mycobacterium leprae* dans le pays (PNDS)

L'analyse de la situation de l'élimination de la lèpre au niveau district n'est pas encore bien menée et le sera à partir de l'année prochaine ainsi que le niveau d'infirmité de grade 2. Il existe un Centre de référence de prise en charge des complications de la lèpre depuis 1955 à Cumura, Région de Biombo.

**A propos de la rage**, la situation épidémiologique n'est pas cartographiée mais la maladie constitue un problème de santé publique dans le pays si l'on se réfère aux nombreux cas signalés chaque année et sur l'ensemble du pays. Malheureusement, il n'existe pas encore une structure nationale formelle pour la lutte et/ou contrôle de la rage dans le pays.

Les données relatives aux cas de morsures surtout par des chiens ou des singes ne sont pas notifiées centralisées. Les données sont consignées dans les registres médicaux des hôpitaux ou centres de santé à travers le pays et dans le service national de prophylaxie active. Jusqu'à présent, il n'existe pas encore une forte synergie et d'échange d'informations entre le Ministère de Santé et le Service National de Vétérinaire qui mène les activités de prévention, de sensibilisation et de lutte contre la rage dans le pays.

### **1.3.2 La co-endémicité des Maladies Tropicales Négligées**

#### **a) Les MTN bénéficiant de la chimiothérapie préventive de masse**

Les Maladies Tropicales Négligées bénéficiant de la chimiothérapie préventive de masse sont co-endémiques sur la totalité des 116 Aires de Santé du Pays comme le tableau ci-dessous. Au total, on rencontre les situations de co-endémicité suivantes :

- Onchocercose – filariose lymphatique – schistosomiasés – géohelminthiases et trachome (dans 17 Aires de Santé des Régions de Bafata et Gabu),
- filariose lymphatique – géohelminthiases et trachome (dans 3 Aires de Santé dans la Région de Bolama),
- filariose lymphatique – schistosomiasés – géohelminthiases et trachome (dans 96 Aires de Santé dans les 8 autres Régions).

Tableau 10 : Répartition des Aires de co-endémicité

Région	Type d'endémicité	Nombre d'Aires de Santé	Population totale en 2014
Bafata	Filariose, Schisto, STH, Trachome et Oncho	2	44 119
	Filariose, Schisto, STH et Trachome	12	209 585
Bijagos	Filariose, Schisto, STH et Trachome	11	25 443
Biombo	Filariose, Schisto, STH et Trachome	8	91 316
Bolama	Filariose, STH et Trachome	3	11 043
Cacheu	Filariose, Schisto, STH et Trachome	18	219 126
Quinara	Filariose, Schisto, STH et Trachome	6	72 613
Gabu	Filariose, Schisto, STH, Trachome et Oncho	15	151 128
	Filariose, Schisto, STH et Trachome	4	89 553
Oio	Filariose, Schisto, STH et Trachome	10	194 791
Farim	Filariose, Schisto, STH et Trachome	5	54 631
Tombali	Filariose, Schisto, STH et Trachome	8	113 040
Bissau	Filariose, Schisto, STH et Trachome	14	459 446
<b>11 Régions</b>	<b>3 types de co-endémicité</b>	<b>116</b>	<b>1 735 834</b>

TABLEAU 11 : Co-endémicité des MTN /CTP dans les différentes Aires de Santé

Région	Aire de Santé	Populations en 2014	Oncho	FL	Schisto	STH	Trachome
<b>BAFATA</b>	BAFATA	66 433	0	+	+	+	+
	BAMBADINCA	27 820	0	+	+	+	+
	CAMBADJU	7 381	0	+	+	+	+
	CONTUBOEL	26 601	+	+	+	+	+
	COSSÉ	21 044	0	+	+	+	+
	FAJONQUITO	13 025	0	+	+	+	+
	GÃ-CARNÊS	3 994	0	+	+	+	+
	GÃ-GAMAMUDO	18 940	0	+	+	+	+
	GÃ-TURÉ	7 922	0	+	+	+	+
	GEBA	12 948	0	+	+	+	+
	SARE-BACAR	7 688	0	+	+	+	+
	TANTAM COSSÉ	15 098	0	+	+	+	+
	TENDINTO	7 292	0	+	+	+	+

	XITOLE	17 518	+	+	+	+	+
<b>BIJAGOS</b>	Bubaque	7 186	0	+	+	+	+
	Canhabaque	2 827	0	+	+	+	+
	Canogo	646	0	+	+	+	+
	Caravela	2 004	0	+	+	+	+
	Formosa	3 308	0	+	+	+	+
	Orango Grande	1 390	0	+	+	+	+
	Orango zinho	785	0	+	+	+	+
	Soga	937	0	+	+	+	+
	Unhocomo	943	0	+	+	+	+
	Uno	3 699	0	+	+	+	+
	Uracane	1 718	0	+	+	+	+
<b>BIOMBO</b>	BIJIMITA	10 257	0	+	+	+	+
	CUMURA	14 262	0	+	+	+	+
	DORSE	6 686	0	+	+	+	+
	ILONDE	7 913	0	+	+	+	+
	ONDAME	13 931	0	+	+	+	+
	PRABIS	9 703	0	+	+	+	+
	QUINHAMEL	14 279	0	+	+	+	+
	SAFIM	14 285	0	+	+	+	+
<b>BOLAMA</b>	BOLAMA	6 518	0	+	0	+	+
	I. GALINHAS	1 767	0	+	0	+	+
	SÃO-JOÃO	2 758	0	+	0	+	+
<b>CACHEU</b>	Bará	5 499	0	+	+	+	+
	Barro	8 036	0	+	+	+	+
	Batucar	6 547	0	+	+	+	+
	Begene	14 648	0	+	+	+	+
	Bula/Có	28 183	0	+	+	+	+
	Cacheu	12 781	0	+	+	+	+
	Caió	9 813	0	+	+	+	+
	Calequisse	8 842	0	+	+	+	+
	Canchungo	19 561	0	+	+	+	+
	Carenque	8 545	0	+	+	+	+
	Ingoré	23 747	0	+	+	+	+
	Jeta	1 774	0	+	+	+	+
	Pecixe	6 741	0	+	+	+	+
	Pelundo	11 307	0	+	+	+	+

	S.Domingos	19 539	0	+	+	+	+
	Sedengal	13 508	0	+	+	+	+
	Suzana	9 293	0	+	+	+	+
	Varela	10 762	0	+	+	+	+
<b>QUINARA</b>	BRANDÃO	8 816	0	+	+	+	+
	BUBA	20 606	0	+	+	+	+
	DAR-ES-SALAM	5 745	0	+	+	+	+
	EMPADA	15 038	0	+	+	+	+
	FULACUNDA	12 445	0	+	+	+	+
	TITE	9 963	0	+	+	+	+
<b>GABU</b>	BAJOCUNDA	5 802	+	+	+	+	+
	BELI	5 233	+	+	+	+	+
	BURUNTUMA	10 174	+	+	+	+	+
	CANJADUDE	7 564	+	+	+	+	+
	CANJUFA	19 362	0	+	+	+	+
	CANQUELIFA	6 206	+	+	+	+	+
	CANSISSE	5 991	+	+	+	+	+
	DANDUM	3 650	+	+	+	+	+
	DARA	14 712	+	+	+	+	+
	FASSE	9 091	+	+	+	+	+
	GABU	40 023	0	+	+	+	+
	LUGADJOL	4 002	+	+	+	+	+
	MAFANCO	15 280	0	+	+	+	+
	MANSADJAM	13 809	+	+	+	+	+
	PAUNCA	15 280	+	+	+	+	+
	PIRADA	11 968	+	+	+	+	+
	PITCHE	19 757	+	+	+	+	+
	SONACO	17 889	+	+	+	+	+
	TUMANA	14 888	0	+	+	+	+
<b>OIO</b>	BINAR	13 611	0	+	+	+	+
	BISSORA	40 231	0	+	+	+	+
	ENCHEIA	12 871	0	+	+	+	+
	GÃ-MAMUDO	10 450	0	+	+	+	+
	MANSABA	23 780	0	+	+	+	+
	MANSOA	38 288	0	+	+	+	+
	MORES	10 110	0	+	+	+	+
	NHACRA	24 581	0	+	+	+	+

	OLOSSATO	15 264	0	+	+	+	+
	PORTUGOL	5 605	0	+	+	+	+
<b>FARIM</b>	BINTA	6 773	0	+	+	+	+
	CANDJAMBARI	5 084	0	+	+	+	+
	CUNTIMA	11 468	0	+	+	+	+
	FARIM	26 921	0	+	+	+	+
	GUIDAGE	4 385	0	+	+	+	+
<b>TOMBALI</b>	BEDANDA	16 591	0	+	+	+	+
	CACINE	12 093	0	+	+	+	+
	CALAUQUE	15 650	0	+	+	+	+
	CATIO	18 289	0	+	+	+	+
	KOMO	10 390	0	+	+	+	+
	QUEBO	19 481	0	+	+	+	+
	SANCONHA	7 081	0	+	+	+	+
	TIMBO	13 465	0	+	+	+	+
<b>BISSAU</b>	AJUDA	11 888	0	+	+	+	+
	ANTULA	35 084	0	+	+	+	+
	B. MILITAR	74 505	0	+	+	+	+
	BANDIM	50 975	0	+	+	+	+
	BELEM	19 678	0	+	+	+	+
	CMI	17 082	0	+	+	+	+
	CUNTUM	51 846	0	+	+	+	+
	LUANDA	28 767	0	+	+	+	+
	MISSIRA	44 238	0	+	+	+	+
	PEFINE	16 880	0	+	+	+	+
	PLACK II	31 499	0	+	+	+	+
	QUELELE	32 941	0	+	+	+	+
	SANTA LUZIA	19 611	0	+	+	+	+
	SINTRA NEMA	24 452	0	+	+	+	+
	<b>Totaux pays</b>	<b>1 735 834</b>	<b>116*</b>	<b>17</b>	<b>113</b>	<b>116</b>	<b>116</b>

\*Dans la planification, ce sont les 116 Aires de Santé qui sont prises en compte et inscrites dans les outils (TIPAC et Costing Tool).

+ : Existence de la maladie

0 : Absence de la maladie

#### **b) Les Maladies Tropicales Négligées bénéficiant de la gestion du cas**

Dans ce Plan directeur, les MTN retenues pour la gestion intensive et innovante du cas sont essentiellement la **lèpre** et la **rage** dans le cadre de sa prévention. Elles sont co-endémiques sur l'ensemble du territoire national. Pour la lèpre, la Guinée Bissau a atteint le seuil d'élimination, à l'instar de la plupart des pays africains et des efforts restent probablement à faire pour le niveau

district comme le recommande l'OMS. S'agissant de la rage, des cas sont notifiés sur l'ensemble du territoire national mais ce sont plutôt les populations de Bissau, où se trouve l'unique centre de prise en charge des sujets exposés au risque qui bénéficient plus de cette opportunité de prévention. Les personnes exposées en provenance des régions de l'intérieur du pays, où se pose le problème de la disponibilité de la chaîne de froid sont obligées de faire le déplacement vers Bissau.

### 1.3.3 Etat de mise en œuvre des programmes de lutte contre les MTN

Il existe actuellement trois programmes nationaux dans le pays qui sont en train d'être exécutés. Ce sont le Programme de lutte contre l'onchocercose, le programme de lutte contre le trachome et le programme de lutte contre la lèpre et la tuberculose.

#### a) Les interventions pour les maladies nécessitant une chimiothérapie préventive

Les interventions pour les maladies à chimiothérapies préventives sont résumées dans le tableau suivant :

**Tableau 12** : Résumé sur les interventions des programmes de MTN-CTP mises en œuvre

MTN	Date de début du programme	Nombre total Aires sanitaires ciblées	Nombre Aires sanitaires couvertes (couverture géographique)	Nombre total de la population visée dans l'aire sanitaire	Nombre de la population couverte (pourcentage thérapeutique)	Stratégie clé utilisée	Les partenaires clés
Onchocercose	1988 (Suite à l'Extension Ouest d'OCP)	17	17	Pop (année)	Pop (année)	TIDC	OMS/APOC, Sightsavers, MDP
Schistosomiasis	En 2014 est prévue la première DMM de Praziquantel.	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Géohelminthiasis	Pas encore démarré au profit des enfants d'âge scolaire.  Expériences de déparasitage des enfants de moins de 5 ans dans les programmes de survie de l'enfant.  Les traitements de masse dans la lutte contre l'onchocercose depuis 1989 et la filariose lymphatique à partir de 2012 sont capitalisés ici.	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Trachome	2005 (1 <sup>ère</sup> enquête et démarrage des TDM en 2009)	45	45	1 Pop (année)	Pop (année)	DMM	OMS, SSI, ITI
				2			
				3			

Filariose Lymphatique	2008	33	33	Pop (année)	Pop (année)	TIDC	OMS/APOC, Sightsavers, MDP
Lèpre	1980 (création) et intégration avec la tuberculose en 1986						VER DOC
Rage	Pas de programme mais prise en charge des cas dans les formations sanitaires et prévention par la vaccination par un service du Ministère de la Santé à Bissau.	114	114	?	?	Sérovaccination préventive	Pas de Partenaire Prise en charge individuelle

### b) Les interventions pour les maladies nécessitant une prise en charge des cas

D'une manière générale, les interventions menées contre les maladies nécessitant une prise en charge des cas concernent la lèpre qui est intégrée dans le programme de lutte contre la tuberculose et la rage. Des efforts substantiels sont en train d'être menés par le Programme de lutte contre le trachome par la prise en charge du trichiasis avec l'appui de l'ONG Sightsavers.

**Tableau 13** : Résumé sur les interventions des programmes de MTN-PCC mises en œuvre

MTN	Date ou le programme a commencé	Nombre total de districts ciblés	Nombre de districts couverts (couverture géographique)	% couverture	Stratégie clé utilisée	Les partenaires clés
Lèpre (PNLT)	1980 (création) et intégration avec la tuberculose en 1986	114	114	Dans tout le pays	Chirurgie Réhabilitation Soins locaux	Aifo
Rage	1974	114	114	Dans tout le pays	Sérovaccination Vaccination animaux	Pas de partenaires Familles
Trachoma	En 2002, chirurgie du trichiasis avec l'appui de SSI	45	45	Dans tout le pays	CH (de la CHANCE)	Sightsavers London School

Concernant la rage, les sujets mordus par des animaux vecteurs sont pris en charge dans le service cité plus haut, à Bissau, à la charge des familles. D'autre part, les services vétérinaires font aussi des efforts de vaccination des chiens domestiques, renforçant ainsi la prévention de la maladie (voir tableaux ci-dessous). Des efforts de notification du nombre de personnes exposées au risque, suite en général à des morsures par chiens sont en train d'être menés (voir tableau ci-dessous).

**Tableau 14** : Distribution des cas de morsures de chien par sexe et par groupe d'âge vacciné avec le vaccin antirabique humain par le Service de Prophylaxie Active, provenant de différentes Régions Sanitaires du pays en 2011.

Sexe	Groupe d'âge		Total
	Moins de 15 ans	Plus de 15 ans	
Masculin	77	38	115
Féminin	66	50	116
Totaux			

Source: Service de Prophylaxie Active et contrôle sanitaire international/2012.

**Tableau 15** : Etat de vaccination des animaux domestiques dans les services de l'élevage.

Année	Nombre d'animaux vaccinés
2011	891
2012	1190
2013	2013
2014	2500

### 1.3.4 LACUNES ET PRIORITES

Sur la base de l'analyse situationnelle du pays, du système de santé et de l'état de la lutte contre les MTN identifiées, les forces, faiblesses, opportunités et menaces sont listés dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 16** : Matrice des Forces, faiblesses, Opportunités et Menaces du contexte de la lutte contre les MTN

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartographie de la quasi-totalité des MTN déjà réalisée,</li> <li>- Existence de distributeurs communautaires de médicaments,</li> <li>- Expériences du Programme de lutte contre l'onchocercose,</li> <li>- Appui technique de l'OMS/APOC d'autres partenaires comme Sightsavers avec la présence de conseillers,</li> <li>- Existence de donation en médicaments gratuits,</li> <li>- Formations de technicien de santé oculaire comme opérateurs de trichiasis,</li> <li>- Traitements de nombreuses personnes lors des campagnes de traitement de masse,</li> <li>- Appui financier de certains partenaires,</li> <li>- Existence d'un Plan National de Développement Sanitaire 2011 -2015 incluant la lutte contre les MTN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faiblesse institutionnel concernant le dispositif de lutte contre les MTN,</li> <li>- Insuffisance des ressources allouées par le Gouvernement,</li> <li>- Absence d'un programme intégré,</li> <li>- Insuffisance des mécanismes de coordination de la lutte contre les MTN,</li> <li>- Absence de données de base pour certaines MTN,</li> <li>- Insuffisance de motivation des distributeurs communautaires par les communautés,</li> <li>- Faible collaboration intra et multisectorielle,</li> <li>- Insuffisance de capacité technique et managériale,</li> <li>- Nombre Insuffisant de partenaires,</li> <li>- Insuffisance en ressources humaines (nombre et qualité),</li> <li>- Absence de lutte antivectorielle intégrée,</li> <li>- Faible couverture thérapeutique pour certains programmes,</li> <li>- Absence de recherche opérationnelle</li> <li>- Faible visibilité des programmes</li> </ul>
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Campagnes santé mère – enfant,</li> <li>- Disponibilité des partenaires pour donner les médicaments,</li> <li>- Présence de certains partenaires,</li> <li>- Existence d'un Plan National de Développement Sanitaire 2011 -2015 incluant la lutte contre les MTN</li> <li>- Engagement des partenaires au plan mondial pour la lutte contre les MTN,</li> <li>- Soutien techniques des partenaires comme l'OMS,</li> <li>- Disponibilité de documents techniques pour appuyer les programmes de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menace de MTN transfrontalières,</li> <li>- Forte dépendance au financement extérieur,</li> <li>- Faiblesse du Système d'Information Sanitaire,</li> <li>- Absence de stratégie de santé en milieu scolaire,</li> <li>- Instabilité sociopolitique,</li> <li>- Faible Taux de scolarisation,</li> <li>- Manque de lignes budgétaires nationales pour la lutte contre les MTN,</li> <li>- Gestion des ressources disponibles peu performante</li> </ul>

Sur base de cette analyse qui précède, les priorités retenues dans la lutte contre les MTN sont les suivantes:

- Renforcement de l'appropriation du programme par le gouvernement,
- Renforcement en ressources humaines,
- Mise à l'échelle des interventions de traitement de MTN,
- Renforcement de la collaboration multisectorielle et le partenariat,
- Plaidoyer pour une mise en place d'une stratégie de sante en milieu scolaire.

**Deuxième partie :  
Agenda Stratégique  
de la lutte contre les MTN**

## **II. Agenda stratégique**

### **2.1. Mission et buts du Programme MTN**

#### **☐ Vision de la lutte contre les MTN**

La Guinée Bissau débarrassée des MTN

#### **☐ Mission du Programme intégré contre les MTN**

La mission du programme est de mettre en place des stratégies appropriées de lutte contre les MTN au niveau du territoire national et assurer la coordination des interventions pour la prévention, la prise en charge, la réhabilitation, le contrôle et/ou l'élimination des MTN dans le pays.

#### **☐ Centre d'intérêt des programmes**

- Réduire la prévalence et l'intensité des géo helminthiases et de la schistosomiase à un niveau tel qu'elles ne constituent plus un problème de santé publique,
- Eliminer le trachome,
- Eliminer l'onchocercose,
- Eliminer la Filariose lymphatique,
- Contrôler la rage,
- Mettre en place la surveillance et la prise en charge des cas par une approche intersectorielle,
- Encourager le travail en équipe dans la solution des problèmes par l'engagement responsable du personnel,
- Encourager la collaboration intra et intersectorielle et la participation des usagers et des communautés dans un cadre de partenariat.

#### **☐ But et étapes stratégiques**

Le but du plan stratégique de lutte contre les MTN est d'établir d'ici 2020 un programme de lutte contre le MTN intégré, efficace et viable capable de réaliser les objectifs spécifiques pour chaque MTN et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé de la population de Guinée Bissau.

### **2.2. PRINCIPES DIRECTEURS ET PRIORITES STRATEGIQUES**

#### **☐ Principes directeurs**

Ce plan directeur de sept ans de lutte contre les maladies tropicales en Guinée Bissau vise à renforcer l'appropriation du programme par le gouvernement, la mobilisation des ressources, le renforcement de la collaboration multisectorielle et du partenariat, la mise à l'échelle des interventions de lutte et le renforcement de la surveillance.

**☐ Priorités stratégiques**

- Renforcer l'appropriation du programme par le gouvernement, le plaidoyer, la coordination, le partenariat et la collaboration multisectorielle ;
- Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la viabilité financière des programmes MTN ;
- Mettre à l'échelle l'accès aux interventions et le renforcement des capacités de prestation de service du système;
- Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle du programme MTN.

Pour chacune de ces Priorités stratégiques, nous avons choisi en Guinée Bissau un certain nombre d'objectifs stratégiques qui seront suivis tout au long du Plan directeur 2014 – 2020. Ces objectifs sont au nombre de 20 comme inscrits dans le tableau ci-dessous.

**Tableau n° 17 : Présentation de l'AGENDA STRATEGIQUE**

<b>Priorités stratégiques</b>	<b>Objectifs stratégiques</b>
<b>PS1 : Renforcer l'appropriation du programme par le gouvernement, le plaidoyer, la coordination, le partenariat et la collaboration multisectorielle</b>	<b>1. Promouvoir le leadership du Gouvernement à tous les niveaux y compris au niveau des responsables locaux (niveau central, Région et Aire de Santé) pour la lutte contre les MTN</b>
	<b>2. Faire le plaidoyer aux différents niveaux pour la promotion de la lutte contre les MTN et une plus grande visibilité des programmes</b>
	<b>3. Renforcer les capacités techniques et managériales des ressources humaines pour une meilleure performance des Programmes de lutte contre les MTN</b>
	<b>4. Renforcer la coordination de la lutte contre les MTN aux différents niveaux de la pyramide sanitaire avec toutes les parties prenantes,</b>
	<b>5. Renforcer l'approche multisectorielle et inter programme dans la lutte contre les MTN</b>
	<b>6. Promouvoir le Partenariat y compris avec le Secteur privé pour le soutien à la lutte contre les MTN aux</b>

	<b>différents niveaux</b>
<b>PS2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la viabilité financière des programmes MTN</b>	1. Mettre en place un système de planification axé sur les résultats aux différents niveaux de la pyramide sanitaire
	2. Mettre en place un mécanisme de financement basé sur le budget de l'Etat et la participation des communautés en plus du soutien des partenaires pour assurer une lutte durable contre les MTN
<b>PS3 : Mettre à l'échelle l'accès aux interventions et le renforcement des capacités de prestation de service du système</b>	1. Déterminer la distribution des MTN pour une meilleure application des stratégies de lutte
	2. Assurer la disponibilité des médicaments et autres intrants de qualité pour le passage à l'échelle des interventions de lutte contre les MTN
	3. Renforcer les capacités des agents impliqués dans la mise en œuvre y compris les agents de santé communautaire
	4. Assurer la mise à l'échelle des interventions de lutte contre les MTN (CTP, Gestion des cas, prévention des cas, etc.)
	5. Mettre en place un plan IEC / Mobilisation sociale en soutien à la lutte contre les MTN
	6. Mettre en place un système de pharmacovigilance lors des interventions de masse intégré à la politique nationale existante
	7. Mettre à profit les interventions de lutte AV, d'Hygiène et d'Assainissement menées au profit de la lutte contre les MTN
	8. Mettre en place un mécanisme de supervision performante des interventions aux différents niveaux pour le contrôle et l'élimination des MTN
<b>PS4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle</b>	1. Mettre en place un

du programme MTN	système fiable de gestion des données des interventions pour un meilleur suivi de la performance des programmes
	2. Mettre en place un système de suivi – évaluation du Plan directeur de lutte contre les MTN
	3. Mettre en place un système de surveillance épidémiologique des maladies ainsi que de l'évaluation d'impact des interventions
	4. Promouvoir la recherche opérationnelle en faveur d'une bonne gestion de la lutte contre les MTN

**Troisième partie :**

**Cadre opérationnel de la lutte contre les MTN**

### 3.1 Objectifs, stratégies, cibles et indicateurs des programmes nationaux de lutte

Tableau 18 : Tableaux synoptique du programme national de **santé oculaire**

Programme	Objectif général	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
<b>Programme National de Santé oculaire</b>	<b>Eliminer le trachome en 2020</b>	Réduire la prévalence du trachome actif à un taux inférieur à 5% chez les enfants de 1 à 9 ans d'ici décembre 2020 dans toutes les Aires Sanitaires de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribution d'azithromycine dans toutes les aires sanitaires endémiques avec au moins 85% de couverture thérapeutique</li> </ul>	Toute la population sauf les enfants de moins de 6 mois et les femmes enceintes (pour A)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de couverture géographique</li> <li>- Taux de couverture thérapeutique</li> <li>- Taux de prévalence TF/TI</li> </ul>
		Promouvoir les autres mesures de la stratégie CHANCE (N et CE) auprès des autres Secteurs de développement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Communication pour améliorer la salubrité domestique et mesures IEC/CCC</li> <li>- Plaidoyer pour la mise à disposition d'eau et assainissement</li> <li>- Développer la collaboration avec Secteur Education Nationale</li> </ul>	Ménages des aires sanitaires cibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Couverture en latrines dans les aires sanitaires</li> <li>- Taux d'accès à l'eau potable</li> </ul>
		Réduire la prévalence du trichiasis trachomateux (TT) à un taux inférieur à 1% chez les adultes d'ici décembre 2020 dans toutes les Aires Sanitaires endémiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décentralisation de la prise en charge (former/recycler) au niveau de toutes les aires sanitaires</li> <li>- Promotion de campagnes de chirurgie gratuite</li> </ul>	Adultes de plus de 14 ans	Taux de couverture en chirurgicale du trichiasis
		Renforcer les capacités des agents de santé aux différents niveaux sur les stratégies prioritaires de lutte contre le trachome	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement des compétences des agents de santé et des ASC sur les compétences requises</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agents de santé des aires de santé</li> <li>- ASC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'agents formés et recyclés / Nombre prévu</li> </ul>

Tableau 19 : Tableau synoptique du programme national de lutte contre l'onchocercose

Programme	Objectif général	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
<b>Programme National de lutte contre l'onchocercose</b>	<b>Eliminer l'onchocercose d'ici 2020 dans les bassins du Rio Geba et Rio Curubal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traiter chaque année 100% des communautés à risque d'onchocercose</li> <li>- Traiter chaque année 80-85% des populations des communautés à risque d'onchocercose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation</li> <li>- TIDC</li> <li>- IEC/CCC pour adhésion au TIDC</li> </ul>	<p>Toute la population vivant dans les zones à risque</p> <p><b>Contre-indications :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- femmes enceintes,</li> <li>- femmes allaitantes dans la première semaine après l'accouchement</li> <li>- enfants de taille &lt;90cm,</li> <li>- malades grabataires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de couverture géographique TIDC</li> <li>- Taux de couverture thérapeutique TIDC</li> <li>- Taux de prévalence de la microfilarodermie dans les sites sentinelles</li> <li>- Taux d'infectivité des similies capturées dans les 2 bassins</li> </ul>
		Déterminer chaque année la prévalence de l'onchocercose dans le réseau des villages sentinelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation épidémiologique par la biopsie cutanée exsangue</li> <li>- Applications des nouvelles méthodes de diagnostic</li> <li>- IEC pour adhésion des populations</li> <li>- Formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Population de plus d'un an ou 5 ans dans les villages sentinelles</li> <li>- Agents de santé pour les formations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévalence de la microfilarodermie dans les villages sentinelles</li> <li>- CMFC</li> </ul>
		Déterminer chaque année le taux d'infectivité des similies capturées dans les bassins fluviaux du Rio Geba et du Rio Curubal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Captures en vrac</li> <li>- Dissections sur le terrain</li> <li>- Examen de biologie moléculaire des similies capturées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sites de captures</li> <li>- Similies dans les différents bassins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de sites fonctionnels</li> <li>- Nombre de similies capturées</li> <li>- Taux d'infectivité des similies capturées</li> </ul>
		Assurer le renforcement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation / recyclage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agents de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'agents de</li> </ul>

		de capacités des agents aux différents niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire		- Agents de santé communautaires	santé formés / ciblés - Nombre d'agents de santé communautaires formés / ciblés
		Mettre en place un système de suivi / évaluation des activités de lutte contre l'onchocercose prenant en compte la supervision sur le terrain	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions de coordination</li> <li>- Revues Techniques</li> <li>- Suivi des indicateurs de performances</li> <li>- Suivi des indicateurs d'impact</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordonnateurs nationaux</li> <li>- Agents de santé aux différents niveaux</li> <li>- Agents de santé communautaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions tenues / Réunions prévues</li> <li>- Revues Techniques tenues / Prévues</li> <li>- Couvertures géographiques, thérapeutiques, autres indicateurs</li> <li>- Supervisions effectuées / Prévues</li> </ul>

Tableau 20 : Tableau synoptique du programme national de lutte contre la **filariose lymphatique**

Programme	Objectif général	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
<b>Programme National d'élimination de la filariose lymphatique</b>	<b>Eliminer la filariose lymphatique en Guinée Bissau d'ici 2020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traiter chaque année 100% des communautés villageoises à risque de Filariose Lymphatique des Aires de Santé ciblées</li> <li>- Traiter chaque année 80% des populations des Aires de Santé endémiques de la filariose lymphatique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formations</li> <li>- Traitements de masse</li> <li>- IEC pour adhésion aux campagnes de traitements de masse</li> <li>- Mobilisation sociale</li> </ul>	<p>Toute la population vivant dans les zones à risque</p> <p><b>Contre-indications :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- femmes enceintes,</li> <li>- femmes allaitantes dans la première semaine après l'accouchement</li> <li>- enfants de taille &lt;90cm,</li> <li>- malades grabataires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de couverture géographique</li> <li>- Taux de couverture thérapeutique</li> </ul>
		Assurer la prise en charge chirurgicale d'au moins 25% des cas d'hydrocèle dépistés chaque année dans les zones d'endémie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des cas d'hydrocèles dans les communautés lors des campagnes et en routine,</li> <li>- Formation / recyclage des chirurgiens aux techniques adaptées</li> <li>- Prise en charge chirurgicale des hydrocèles dans les structures sanitaires</li> <li>- Soutien aux structures sanitaires pour la prise en charge de la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnes souffrant d'hydrocèles dans les communautés</li> <li>- Agents de santé pour les formations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de prise en charge des cas d'hydrocèle dépistés</li> <li>- Ressources mobilisées en soutien aux structures de santé</li> <li>- Nombre d'agents formés / recyclés</li> </ul>

			chirurgie de l'hydrocèle		
		Assurer la prise en charge communautaire d'au moins 75% des cas de lymphœdème dépistés avec le soutien des services de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des cas de lymphœdèmes dans les communautés lors des campagnes et en routine,</li> <li>- Formation des agents de santé communautaires à la prise en charge du lymphœdème,</li> <li>- Prise en charge des cas de lymphœdème dans les communautés</li> <li>- Soutien aux Agents de Santé Communautaires pour la prise en charge des cas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnes souffrant de lymphœdème dans les communautés</li> <li>- Formation des Agents de Santé Communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de prise en charge des cas de lymphœdèmes dépistés</li> <li>- Nombre d'ASC formés / recyclés</li> <li>- Ressources mobilisées en soutien à la prise en charge du lymphœdème</li> </ul>
		Assurer l'évaluation périodique de la microfilariémie dans les sites sentinelles pour le suivi de l'impact des traitements de masse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation épidémiologique pour la microfilariémie nocturne</li> <li>- Applications des nouvelles méthodes de diagnostic</li> <li>- Formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfants 6 – 7 ans</li> <li>- Personnels de santé pour les formations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévalence de la FL par l'évaluation ICT</li> <li>- Prévalence de la microfilariémie nocturne au niveau des sites sentinelles</li> </ul>
		Mettre en œuvre un plan de communication pour le soutien à la lutte contre la filariose lymphatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IEC pour adhésion des populations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décideurs du niveau central, régional et dans les Aires de Santé</li> <li>- Leaders communautaires</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'un Plan de communication</li> <li>- Documents IEC produits</li> <li>- Activités IEC menées</li> </ul>

Tableau 21 : Tableau synoptique du programme national de lutte contre les schistosomiasés

Programme	Objectif général	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
<b>Programme National de lutte contre les schistosomiasés</b>	Réduire la prévalence des schistosomiasés à moins de 10% dans les Aires de Santé pour qu'elles n'y soient plus un problème de santé publique	<p>1.Traiter 100% des communautés ciblées dans le cadre de la lutte contre les schistosomiasés</p> <p>2.Traiter au praziquantel chaque année au moins 75% des enfants d'âge scolaire et les groupes cibles à haut risque dans les Aires Sanitaire endémiques</p> <p>3.Déterminer l'impact des interventions à travers l'évaluation tous les 2 ans des sites sentinelles</p> <p>4.Mettre en œuvre un plan de gestion des effets secondaires liés à la prise de praziquantel (pharmacovigilance) intégré au Système national existant</p> <p>5.Renforcer les capacités des acteurs de la lutte contre les schistosomiasés aux différents niveaux (agents de santé des différents niveaux, enseignants, ASC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité du praziquantel de qualité pour l'ensemble des besoins</li> <li>- Traitements de masse des enfants d'âge scolaire et des groupes à haut risque</li> <li>- Traitement au cas par cas dans les zones hypoendémiques</li> <li>- Formations</li> <li>- Promotion de l'hygiène, assainissement et la disponibilité de l'eau en collaboration avec les secteurs concernés</li> <li>- IEC / CCC en faveur de la prévention des schistosomiasés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfants d'âge scolaire (5-14 ans)</li> <li>- Groupes à haut risque</li> <li>- Agents de santé et autres pour les formations</li> <li>- Groupes cibles pour l'IEC/CCC</li> <li>- Secteurs et autres acteurs pour la promotion des mesures d'hygiène, d'assainissement et de disponibilité de l'eau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Taux de couverture thérapeutique</li> <li>- Taux de couverture géographique</li> <li>- Prévalence des schistosomiasés au niveau des sites sentinelles</li> <li>- Nombre d'agents formés / prévus</li> <li>-Couverture en latrines dans les Aires de Santé</li> <li>-Taux d'accès à l'eau potable</li> <li>-Existence d'un plan de communication</li> <li>-Documents IEC produits</li> <li>-Activités IEC menées</li> <li>-Nombre de personnes ciblées touchées lors des activités IEC</li> </ul>

		<p>6. Mettre en œuvre un plan de communication (IEC/CCC) et des activités de soutien pour la prévention des schistosomiasés (promotion de l'hygiène et assainissement en collaboration avec les autres secteurs)</p> <p>7. Assurer régulièrement le contrôle de qualité des lots de médicaments disponibles pour les traitements de masse</p>			
--	--	---	--	--	--

Tableau 22 : Tableau synoptique du programme national de lutte contre les **géohelminthiases**

<b>Programme</b>	<b>Objectif général</b>	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Cibles</b>	<b>Indicateurs</b>
<b>Programme National de lutte contre les géohelminthiases</b>	Réduire la prévalence des géohelminthiases à moins de 20% dans les Aires de Santé pour qu'elles n'y soient plus un problème de santé publique	<p>1. Traiter 100% des communautés ciblées dans le cadre de la lutte contre les géohelminthiases</p> <p>2. Traiter à l'albendazole ou au mébendazole chaque année au moins 75% des enfants d'âge scolaire et les groupes à haut risque dans les Aires d'endémie</p> <p>3. Assurer chaque année le suivi régulier du</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité de l'albendazole ou du mébendazole de qualité pour l'ensemble des besoins</li> <li>- Traitements de masse des enfants d'âge scolaire et des groupes à haut risque</li> <li>- Traitement au cas par cas dans les zones hypoendémiques</li> <li>- Formations</li> <li>- Promotion de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfants d'âge scolaire (5-14 ans)</li> <li>- Groupes à haut risque</li> <li>- Agents de santé et autres pour les formations</li> <li>- Groupes cibles pour l'IEC/CCC</li> <li>- Secteurs et autres acteurs pour la promotion des mesures d'hygiène, d'assainissement et de disponibilité de l'eau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de couverture thérapeutique</li> <li>- Taux de couverture géographique</li> <li>- Prévalence des schistosomiasés au niveau des sites sentinelles</li> <li>- Nombre d'agents formés / prévus</li> <li>- Couverture en latrines dans les Aires de Santé</li> <li>- Taux d'accès à l'eau potable</li> <li>- Existence d'un plan de communication</li> </ul>

		<p>déparasitage des enfants d'âge préscolaire (6mois-5 ans) avec la collecte régulière et le partage des données</p> <p>4.Déterminer l'impact des interventions à travers l'évaluation tous les 2 ans des sites sentinelles</p> <p>5.Mettre en œuvre un plan de gestion des effets secondaires liés à la prise de l'albendazole ou du mébendazole (pharmacovigilance) intégré au Système national existant</p> <p>6.Renforcer les capacités des acteurs de la lutte contre les géohelminthiases aux différents niveaux (agents de santé des différents niveaux, enseignants, ASC)</p> <p>7.Mettre en œuvre un plan de communication (IEC/CCC) et des activités de soutien pour la prévention des géohelminthiases (promotion de l'hygiène et</p>	<p>l'hygiène, assainissement et la disponibilité de l'eau en collaboration avec les secteurs concernés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IEC / CCC en faveur de la prévention des géohelminthiases</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documents IEC produits</li> <li>- Activités IEC menées</li> <li>- Nombre de personnes ciblées touchées lors des activités IEC</li> </ul>
--	--	--	--	--	---

		<p>assainissement en collaboration avec les autres secteurs)</p> <p>8.Renforcer la collaboration et la coordination avec la Direction des Services d'Alimentation, Nutrition et Survie de l'Enfant et le Service d'immunisation et surveillance épidémiologique pour un meilleur suivi du déparasitage des enfants d'âge préscolaire</p> <p>9.Assurer régulièrement le contrôle de qualité des lots de médicaments disponibles pour les traitements de masse</p>			
--	--	--	--	--	--

Tableau 23 : Tableau synoptique du programme national de lutte contre la lèpre

Programme	Objectif général	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
<b>Programme National de lutte contre la lèpre</b>	<b>Eliminer la lèpre au niveau Aire de Santé en 2020 au plus tard</b>	1. Atteindre le seuil d'élimination de la lèpre (moins de 1 cas pour 10 000 habitants) dans toutes les Aires de Santé d'ici 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage précoce de la maladie</li> <li>- Assurer la disponibilité constante des médicaments de qualité</li> <li>- Administration de la PCT à tous les cas dépistés</li> <li>- Formation / recyclage (Agents Grandes Endémies, Agents Aires de Santé et ASC)</li> <li>- Introduction dans le Curriculum de formation des agents de santé à l'ENS et à l'Université</li> <li>- Mobilisation sociale</li> <li>- Sensibilisation des communautés par les anciens malades de la lèpre</li> <li>- IEC/CCC (Organisation de séances communautaires d'information/sensibilisation sur la lèpre)</li> <li>- Mise en place d'une stratégie de soutien aux malades pour une</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Populations dans les Aires de Santé</li> <li>- Nouveaux malades</li> <li>- Agents de Santé pour les formations</li> <li>- Différentes cibles des activités IEC/CCC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de prévalence annuelle par district</li> <li>- Taux de prévalence en fin d'année par district</li> <li>- Taux de détection</li> <li>- Taux de couverture en PCT</li> <li>- Taux de régularité</li> <li>- Pourcentage des enfants chez les nouveaux cas de lèpre</li> <li>- Pourcentage des femmes chez les nouveaux cas</li> </ul>

			bonne compliance des traitements (intégrer les contacts téléphoniques)		
		Réduire d'au moins 35% les nouveaux cas de lèpre avec infirmité de grade 2 d'ici fin 2017, en prenant comme niveau de base le taux de 2010.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage précoce des malades de la lèpre</li> <li>- Améliorer les services de santé de CUMURA en matière de réhabilitation</li> <li>- Appui institutionnel au Programme National de lutte contre la lèpre</li> <li>- Mettre en place une stratégie de soutien aux malades pour la prévention des complications (intégrer les contacts téléphoniques)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Populations dans les Aires de Santé</li> <li>-Nouveaux malades</li> <li>-Agents de Santé pour les formations</li> <li>-Différentes cibles des activités IEC/CCC</li> <li>-Services de santé de CUMURA</li> <li>-Programme lèpre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pourcentage de mutilés chez les nouveaux cas</li> <li>-Niveau de mobilisation de ressources au profit des services de santé de CUMURA</li> <li>-Niveau de mobilisation de ressources au profit du Programme lèpre</li> <li>-Niveau de soutien assuré aux malades pour la prévention des complications</li> </ul>

Tableau 24 : Tableau synoptique du programme national de lutte contre la rage

Programme	Objectif général	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
<p><b>Programme de lutte contre la rage</b></p>	<p><b>Assurer la prévention de la rage humaine pour qu'elle ne soit plus un problème de santé publique</b></p>	<p>1. Notifier les cas de morsures par animaux vecteurs de rage sur l'étendue du territoire national à partir de 2015 (inclure dans le SNIS)</p> <p>2. Déterminer la distribution de la rage humaine sur l'étendue du territoire national</p> <p>3. Prévenir la survenue de la rage humaine par la sérovaccination antirabique selon les normes et procédures chez les personnes mordues par animaux vecteurs (selon le risque)</p> <p>4. Mettre en place des progressivement des unités de sérovaccination dans les Régions selon la disponibilité de la chaîne de froid</p> <p>5. Promouvoir la vaccination des canidés domestiques en collaboration avec les services vétérinaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Notification des cas de morsures</li> <li>- Notification des cas de rage humaine détectés</li> <li>- Sérovaccination adaptée aux cas</li> <li>- Disponibilité des vaccins et sérums de qualité</li> </ul>	<p>Toute la population exposée au risque</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de cas de morsures notifiés</li> <li>- Nombre de cas de rage</li> <li>- Nombre de personnes ayant bénéficié d'une sérovaccination appropriée</li> <li>- Nombre d'unités de sérovaccination implantées dans les Régions</li> </ul>



### 3.2 Suivi de la performance des programmes nationaux de lutte contre les MTN

Tableau 25 : Suivi de la performance du Programme National de lutte contre l'onchocercose et la filariose lymphatique

a) Programme National de lutte contre l'onchocercose										
Objectif général	Indicateurs	Données de base	Objectifs visés	Calendrier						
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Eliminer l'onchocercose d'ici 2020 dans les bassins du Rio Geba et Rio Curubal	Taux de couverture géographique TIDC	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Taux de couverture thérapeutique TIDC	- 64% (2012)	CT : 80-85%	80%	80-85%	80-85%	80-85%	80-85%	80-85%	80-85%
	Taux de prévalence de la microfilarodermie dans les sites sentinelles	- de 0 à 10% (dans 58 villages en 2007-2008)	mf : < 5% dans 100% des villages évalués ou < 1% dans 90% des villages							
	Taux d'infectivité des simulies capturées dans les 2 bassins	En 2010 = 0 pour 1000 au niveau de 3 points de captures des 2 bassins	Moins de 0,5 femelles infectieuses pour 1000							
b) Programme National de lutte contre la filariose lymphatique										
Objectif général	Indicateurs	Données de base (2005)	Objectifs visés	Calendrier						
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Eliminer la filariose lymphatique en Guinée Bissau d'ici 2020	Taux de couverture géographique		100%							
	Taux de couverture		80%							

	thérapeutique									
	Prévalence de la FL par l'évaluation ICT	Prévalence ICT variant entre 0,5 et 24%	Moins de 1% par la carte ICT dans toutes les régions							< 1% ICT
	Prévalence de la microfilarémie nocturne au niveau des sites sentinelles	Une enquête de mf nocturne a été menée dans les Régions de Gabu et Bafata (5,9 à 38% dans 4 sites sentinelles)	Moins de 1% microfilarémie nocturne au niveau des sites sentinelles (confirmation)							< 1% mf

**Tableau 26 : Suivi de la performance des Programmes de lutte contre les schistosomiasés et les géohelminthiases**

<b>a) Programme National de lutte contre les Schistosomiasés</b>										
Objectifs spécifiques	Indicateurs	Données de base (2005)	Objectifs visés	Calendrier						
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Réduire la prévalence des schistosomiasés à moins de 10% dans toutes les Aires de Santé pour qu'elles n'y soient plus un problème de santé publique	Taux de couverture géographique	0%	100%							100%
	Taux de couverture thérapeutique	0%	75%							75%
	Prévalence des schistosomiasés au niveau des sites sentinelles	Prévalence des schistosomiasés au niveau des sites sentinelles varient entre 1 et 16 %	Prévalence des schistosomiasés au niveau des sites sentinelles soient < à 10% dans tous les sites en 2020							
<b>b) Programme National de lutte contre les Géohelminthiases</b>										
Objectifs spécifiques	Indicateurs	Données de base (2005)	Objectifs visés	Calendrier						
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020

Réduire la prévalence des géohelminthiases à moins de 20% dans toutes les Aires de Santé pour qu'elles n'y soient plus un problème de santé publique	Taux de couverture géographique*	0%	100%							100%
	Taux de couverture thérapeutique*	0%	75%							75%
	Prévalence des géohelminthiases au niveau des sites sentinelles	Prévalence des géohelminthiases au niveau des sites sentinelles varient entre 16 et 78%	Prévalence des géohelminthiases au niveau des sites sentinelles soient < à 20% dans tous les sites en 2020							< 20%
Assurer chaque année le suivi régulier du déparasitage des enfants d'âge préscolaire (6mois-5 ans) avec la collecte régulière et le partage des données	Nombre de réunions de coordination avec les services concernés avec collecte des données	0%	2 (au moins par an avec collecte des données)							2

X\* : les traitements de masse assurés dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose et la FL ne sont pas pris en compte ici, bien qu'étant des activités de déparasitage

**Tableau 27 : Suivi de la performance du Programme National de Santé Oculaire (pour le trachome)**

Programme National de Santé oculaire										
Objectifs spécifiques	Indicateurs	Données de base (2005)	Objectifs visés	Calendrier						
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Réduire la prévalence du <b>trachome actif</b> à un taux inférieur à 5% chez les enfants de 1 à 9 ans d'ici décembre 2020 dans toutes les aires sanitaires de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de couverture géographique</li> <li>- Taux de couverture thérapeutique</li> <li>- Taux de prévalence TF/TI</li> </ul>	CG : 0% CT : 0%	CG : 100% CT : 85%							

Région de <b>Bissau</b>		15,9%	< 5%	-	-	-	< 5%			
Région <b>Biombo</b>		17,2%	< 5%	-	-	-	< 5%			
Région de <b>Quinara</b>		16,6%	< 5%		-	-	-	< 5%		
Région de <b>Tombali</b>		15,3%	< 5%		-	-	-	< 5%		
Région de <b>Bafata</b>		28,7%	< 5%	< 5% (1,38%)						
Région de <b>Gabu</b>		9,5%	< 5%		-	-	-	< 5%		
Région de <b>Cacheu</b>		30,3%	< 5%	< 5% (Enquête d'impact à faire)						
Région de <b>Oio</b>		21,7%	< 5%	< 5% (2,94%)						
Région de <b>Farim</b>		21,7%	< 5%	< 5% (4,21%)						
Région de <b>Bijagos / Bubaque</b>		21,4%	< 5%	-	-	-	< 5%			
Région de <b>Bolama</b>		19%	< 5%		-	-	-	< 5%		
Réduire la prévalence du <b>trichiasis trachomateux (TT)</b> à un taux inférieur à 1% chez les adultes d'ici décembre 2020 dans toutes les aires sanitaires de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de couverture en chirurgicale du trichiasis</li> <li>- Taux de prévalence de TT</li> </ul>									
Région de <b>Bissau</b>		1,7%	< 1%							< 1%
Région <b>Biombo</b>		2,5%	< 1%							< 1%
Région de <b>Quinara</b>		2,4%	< 1%							< 1%
Région de <b>Tombali</b>		1,5%	< 1%							< 1%
Région de <b>Bafata</b>		3,6%	< 1%							< 1%
Région de <b>Gabu</b>		2,8%	< 1%							< 1%
Région de <b>Cacheu</b>		4,9%	< 1%							< 1%
Région de <b>Oio</b>		2,9%	< 1%							< 1%
Région de <b>Farim</b>		2,9%	< 1%							< 1%
Région de <b>Bijagos / Bubaque</b>		5,8%	< 1%							< 1%
Région de <b>Bolama</b>		1,6%	< 1%							< 1%

Renforcer les capacités des agents de santé aux différents niveaux sur les stratégies prioritaires de lutte contre le trachome	Nombre d'agents formés et recyclés / Nombre prévu (Stratégies A et CH)									
Promouvoir les autres mesures de la stratégie CHANCE (N et CE) auprès des autres Secteurs de développement	- Couverture en latrines - Taux d'accès à l'eau potable									

Les prévisions pour l'atteinte des objectifs de couverture géographique et thérapeutique sont calées sur les 3 ans ; c'est-à-dire que chaque année, dans chaque Région ciblée, la CG doit être égale à 100% et la CT au moins égale à 85% avec l'espoir de réduire la prévalence du TF/TI à moins de 5% chez les enfants de 1 à 9 ans. En principe les dernières campagnes de traitements de masse à l'azithromycine auront lieu en 2017. La période 2018 à 2020 sera mise à profit pour mener toutes les vérifications requises pour l'atteinte de l'objectif d'élimination du trachome en Guinée Bissau.

Quant aux objectifs concernant la prise en charge du trichiasis, le délai d'atteinte des objectifs de réduction à 1% seront étalés jusqu'en 2020.

### 3.3 Présentation des activités selon les objectifs stratégiques par Priorité Stratégique

Tableau 28 : Activités identifiées dans la PS 1

PS 1 : Renforcer l'appropriation du programme par le gouvernement, le plaidoyer, la coordination, le partenariat et la collaboration multisectorielle			
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Stratégies	Activités
<b>Promouvoir le leadership du Gouvernement à tous les niveaux y compris au niveau des responsables locaux pour la lutte contre les MTN</b>	Renforcer les capacités institutionnelles de l'Unité de Coordination MTN	Renforcement des ressources humaines au sein de la coordination de la lutte contre les MTN  Soutien logistique  Equipement de l'unité de coordination de la lutte contre les MTN et des coordinations  Allocation budgétaire	-Nommer un Coordonnateur Schisto/STH  -Nommer un gestionnaire des données MTN  -Nommer un Pharmacien (si possible) gestionnaire des médicaments MTN  -Nommer un Coordonnateur MTN (à adapter au contexte national)  -Affecter logistique et équipement (à préciser)  -Nommer un Point focal pour la lutte contre la rage  -Allouer une ligne budgétaire à la lutte contre les MTN dans le budget national
	Mettre en place une unité de coordination de la lutte contre toutes les MTN	Mise en place d'unités de coordination de la lutte contre les MTN	-Citer les unités de coordination à mettre en place (tenir compte de la diversité des parties prenantes et des différents niveaux)
	Intégrer et rendre visible la lutte contre les MTN dans les instances de coordination de la lutte contre la maladie au niveau régional	Plaidoyer	-Prise en compte de la lutte contre les MTN dans les instances de coordination des Régions
<b>Faire le plaidoyer aux différents niveaux pour la promotion de la lutte contre les MTN pour une plus grande visibilité des programmes</b>	Faire le plaidoyer à différents niveaux	-Participation à des audiences auprès d'autorités ministérielles (Education, Communication, Environnement, Intérieur, Agriculture et Elevage, Etc.)  -Rencontres avec les autorités aux différents niveaux  -Rencontres avec des partenaires techniques et financiers pour le soutien à la lutte contre les MTN  -Mobilisation des ressources pour rendre visible la lutte contre les MTN (publicités, posters, affiches, dépliants, etc.)	-Demandes d'audiences  -Organisation de rencontres pour le plaidoyer  -Diffusion de messages sur les MTN  -Organisation de manifestations de mobilisation de ressources  -Organiser un atelier national de plaidoyer et de sensibilisation sur les MTN au profit des agents des secteurs santé, éducation, élevage, hydraulique et les Partenaires  -Organiser un atelier régional (11 Régions) de plaidoyer pour la promotion de la lutte contre les MTN
<b>Renforcer les capacités</b>	Renforcer les capacités des	-Formation locale sur les MTN	-Identification des personnes

<b>techniques et managériales des ressources humaines pour une meilleure performance des Programmes de lutte contre les MTN</b>	ressources humaines du niveau central en gestion des programmes	et la gestion des programmes  -Participation à des cours internationaux	à former  -Allocation budgétaires pour les formations
<b>Renforcer la coordination de la lutte contre les MTN aux différents niveaux de la pyramide sanitaire avec toutes les parties prenantes,</b>	Organiser des réunions de coordination des parties prenantes au niveau central et dans les Régions axé sur les MTN	-Réunions de coordination  -Revue Technique Annuelle ou semestrielle	-Organisation de réunions de coordination et des Revues Techniques  -Appui aux réunions de coordination régionales
<b>Renforcer l'approche multisectorielle et inter programme dans la lutte contre les MTN</b>	Promouvoir les échanges et concertations avec les autres secteurs et les programmes intervenant dans la lutte contre les MTN	-Mettre en place des instances d'échanges avec les Secteurs et les Programmes  -Partenariat avec la Direction de la Nutrition et Survie de l'Enfant et Direction de l'Immunisation (collecte des données de déparasitage des enfants d'âge préscolaire)	-Organisation de réunions et autres rencontres  -Visites ponctuelles entre collègues pour des points précis
<b>Promouvoir le Partenariat y compris avec le Secteur privé pour le soutien à la lutte contre les MTN aux différents niveaux</b>	Nouer des partenariats selon les opportunités qui s'offrent aux programmes de lutte contre les MTN	-Identification de partenaires privés potentiels pour les MTN  -Identification de champion pour les MTN	-Organisation de rencontres d'échanges périodiques  -Invitation des collègues aux activités MTN

**Tableau 29 : Activités identifiées dans la PS2**

<b>PS 2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la viabilité financière des programmes MTN</b>			
<b>Objectifs stratégiques</b>	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Activités</b>
<b>Mettre en place un système de planification axé sur les résultats aux différents niveaux de la pyramide sanitaire</b>	Développer des plans annuels Intégrés de contrôle et d'élimination des MTN au niveau central	- Planification axée sur le résultat	Organiser des ateliers d'élaboration des plans annuels du niveau central
	Appuyer les régions dans l'élaboration de leurs plans d'actions annuels intégrant la lutte contre les MTN	- Appui technique aux Régions - Participation à la planification régionale	- Soutien aux ateliers d'élaboration des plans annuels des Régions - Participations aux ateliers des régions
<b>Mettre en place un mécanisme de financement basé sur le budget de l'Etat et la participation des communautés en plus du soutien des partenaires pour assurer une lutte durable contre les MTN</b>	Promouvoir le financement de la lutte contre les MTN par le Budget de l'Etat	- Plaidoyer auprès des autorités ministérielles - Plaidoyer auprès des Elus de la Nation - Implication de la Société Civile dans la mobilisation des ressources locales - Procéder à une large diffusion du Plan directeur	- Audiences auprès des autorités ciblées - Rencontres avec les Elus de la Nation - Rencontres avec les membres de la Société Civile
	Promouvoir la participation communautaire dans la lutte contre les MTN	- Plaidoyer auprès des leaders communautaires - Sensibilisation de groupes cibles dans les communautés pour le soutien à la lutte contre les MTN	- Visites aux leaders communautaires - Séances d'IEC avec les groupes ciblés - Rencontres avec des Opérateurs économiques sensibilisés sur la cause des MTN

		- Mobiliser des opérateurs économiques sensibilisés sur la cause des MTN	

**Tableau 30 : Activités identifiées dans la PS3**

<b>PS 3 : Mettre à l'échelle l'accès aux interventions et le renforcement des capacités de prestation de service du système</b>			
<b>Objectifs stratégiques</b>	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Activités</b>
Déterminer la distribution des MTN pour une meilleure application des stratégies de lutte	<b>Achever la cartographie de la rage d'ici fin décembre 2015</b>	- Revue documentaire  -Analyse des données statistiques du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Elevage	- Procéder à une revue documentaire pour identifier la distribution des cas de rage humaine - Introduire les données de morsures par animaux vecteurs dans le Bulletin de notification national en vue d'une meilleure prévention de la maladie - Procéder à l'analyse des données de notification hebdomadaire des cas de morsures pour une mise à jour continue de la distribution de la rage
Assurer la disponibilité des médicaments et autres intrants de qualité pour le passage à l'échelle des interventions de lutte contre les MTN	<b>Assurer la disponibilité à tous les niveaux requis des médicaments et des autres intrants de qualité nécessaires à la lutte contre les MTN pendant toute la période de mise en œuvre du plan</b>	- Evaluation des besoins  - Commandes de médicaments et autres intrants (notamment les vaccins et sérums pour la lutte contre la rage humaine)  - Intégration dans le système national de gestion des médicaments et autre intrants et dans la liste des médicaments essentiels	-Procéder aux commandes des médicaments offerts par l'Industrie Pharmaceutique en collaboration avec l'OMS,  -Acquérir les autres médicaments nécessaires au traitement des MTN qui ne sont pas dans le programme des donations (comme l'auréomycine dans la lutte contre le trachome),  -Assurer la prise en charge des frais de transit et de manutention de tous les médicaments utilisés dans la lutte contre MTN,  -Assurer l'intégration de la gestion des médicaments et autres intrants MTN dans le système national existant,  -Mettre en place à temps les médicaments nécessaires pour la bonne exécution des campagnes de traitements de masse  - Mener une enquête sur les vaccins et sérums disponibles contre la rage humaine en circulation dans le marché (circuits formel et informel) des médicaments en Guinée Bissau en vue de sa sécurisation,  - Faire les démarches requises pour assurer la disponibilité

			constante des vaccins et sérums contre la rage humaine en Guinée et envisager une prise en charge gratuite dès que les conditions le permettront.
	<b>Mettre en place un sous-système de contrôle de qualité des lots médicaments distribués dans la lutte contre les MTN</b>	Contrôle de qualité des médicaments (au niveau national si possible ou au niveau international en attendant la mise en place d'un système national)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prélever un échantillon de chaque lot de médicament MTN reçu pour le contrôle de qualité en collaboration avec le Laboratoire National de Contrôle de qualité des Médicaments (LNCM)</li> <li>- Apporter un appui financier au LNCM pour l'achat des substances de référence nécessaires au contrôle de qualité et d'équipements complémentaires</li> </ul>
	<b>Rendre disponible de manière permanente les supports de collecte d'information relative à la gestion des médicaments à tous les niveaux requis pendant toute la période de mise en œuvre du plan</b>	<p>Conception des supports</p> <p>Diffusion des supports aux niveaux opérationnels</p> <p>Formations à la gestion des données médicaments</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser un atelier d'élaboration des outils et supports de gestion des médicaments et intrants de lutte contre les MTN (intégrer tous les autres aspects gestionnaires : données de traitement, effets secondaires)</li> <li>- Organiser des sessions de renforcement des capacités des dépositaires des Régions et des Aires de Santé à la gestion des médicaments MTN</li> <li>- Assurer la formation des utilisateurs du progiciel</li> <li>- Procéder à la reproduction et à la diffusion des outils et supports de gestion des médicaments et intrants de lutte contre les MTN</li> </ul>
Renforcer les capacités des agents impliqués dans la mise en œuvre y compris les agents de santé communautaire	<b>Rendre disponible à tous les niveaux requis les modules de formation et guides techniques du programme MTN d'ici fin décembre 2015</b>	<p>-Atelier de conception de documents de formation</p> <p>-Formation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Organiser un atelier d'élaboration du module intégré de formation pour la lutte contre les MTN destiné au personnel de santé</li> <li>-Organiser un atelier d'élaboration du module intégré de formation pour la lutte contre les MTN destiné au personnel communautaire</li> <li>- Organiser un atelier d'élaboration des fiches techniques destinées aux enseignants pour la lutte contre les MTN en collaboration avec le ministère chargé de l'éducation</li> </ul>
	<b>Rendre disponible à tous les niveaux requis les outils et supports IEC du programme</b>		-Organiser un atelier d'élaboration des outils et supports IEC destinés à la

	<b>MTN pendant toute la période de mise en œuvre du plan</b>		<p>lutte contre les MTN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tester sur le terrain les outils IEC élaborés</li> <li>- Procéder à la reproduction et à la distribution des supports et outils IEC</li> </ul>
	<b>Former les personnels de santé et de l'éducation de toutes les régions et Aires de Santé du pays sur les stratégies de lutte contre les MTN d'ici fin décembre 2015</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des sessions de formation des équipes cadres de régions et Aires de Santé,</li> <li>- Organiser des sessions de formation des Enseignants des Régions et Aires de Santé sur les stratégies de lutte contre les différentes MTN</li> <li>- Organiser des sessions de formation du personnel communautaire sur les stratégies de lutte contre les différentes MTN</li> <li>- Organiser des sessions de formation des techniciens de laboratoires sur les méthodes de diagnostic des Géohelminthiases et schistosomiasis (Kato-Katz et filtration urinaire)</li> </ul>
Assurer la mise à l'échelle des interventions de lutte contre les MTN (CTP, Gestion des cas, prévention des cas, etc..)	<b>Atteindre des taux de couverture géographique de 100% et thérapeutique d'au moins 75 - 85% (selon les maladies) dans toutes les Aires de Santé sous chimiothérapie préventive de 2014 à 2020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Planification</li> <li>-Mobilisation sociale</li> <li>-Formation / recyclage</li> <li>-Traitement de masse</li> <li>-Réunions d'évaluation des campagnes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des ateliers de micro-planification au niveau des Régions et Aires de Santé ciblées avant chaque campagne de TDM</li> <li>- Dérouler un plan de mobilisation sociale pour la sensibilisation des populations avant les campagnes de traitement de masse contre les MTN</li> <li>- Organiser des réunions avec les autorités administratives avant la mise en œuvre des campagnes de traitement de masse contre les MTN</li> <li>-Formation / recyclage des ASC et enseignants sur les stratégies de traitements de masse avant chaque campagne</li> <li>- Organiser des campagnes de traitement de masse contre les MTN en fonction de la Co-endémicité</li> <li>- Organiser des réunions régionales d'évaluation post-campagne</li> </ul>
	<b>Prendre en charge au niveau communautaire moins 75% des cas de lymphœdème dépiétés chaque année</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Formation</li> <li>-Prise en charge communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer la formation des formateurs de la Région sur la prise en charge du lymphœdème</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des sessions de formation des Responsables des Aires de Santé à la prise en charge des cas de Lymphœdème</li> <li>- Assurer la formation des ASC sur la prise en charge des cas de lymphœdème</li> <li>- Apporter un soutien en intrants démonstratifs à la prise en charge communautaire du lymphœdème</li> <li>- Prendre en charge au niveau communautaire au moins 75% des cas de lymphœdème dépistés chaque année</li> </ul>
	<b>Opérer au moins 25% des cas d'hydrocèle dépistés chaque année dans les zones d'endémie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Chirurgie de l'hydrocèle selon les techniques appropriées</li> <li>-Suivi communautaire des malades opérés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer la formation / recyclage d'au moins 2 médecins à la chirurgie de l'hydrocèle dans chaque Région</li> <li>- Acquérir des kits de chirurgie de l'hydrocèle dans chaque Région pour la prise en charge des cas</li> <li>-Procéder à la chirurgie d'au moins 25% des cas d'hydrocèles dépistés pendant les campagnes</li> <li>-Apporter un soutien financier aux formations sanitaires pour la prise en charge des cas d'hydrocèle</li> </ul>
	<b>Réduire la prévalence du trichiasis trachomateux à un taux inférieur à 1% chez les adultes de plus de 14 ans d'ici décembre 2020 dans toutes les Aires de Santé endémiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Chirurgie du trichiasis</li> <li>-Formation / recyclage des opérateurs de trichiasis</li> <li>-Organisation de campagnes de chirurgie du trichiasis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer la formation / recyclage d'infirmiers à la chirurgie du trichiasis dans chacune des Aires de Santé</li> <li>-Equipement des opérateurs de trichiasis de kits de chirurgie appropriés</li> <li>- Organiser la détection du trichiasis en vue de recruter le maximum de malades à opérer</li> <li>- Organiser chaque année des campagnes de chirurgie du trichiasis dans les Aires de Santé</li> </ul>
	<b>Réduire d'au moins 35% les nouveaux cas avec infirmité de grade 2 d'ici 2017, en prenant comme niveau de base le taux de 2010</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Chimiothérapie des cas par le PCT</li> <li>-Mobilisation sociale</li> <li>-Formation / recyclage des agents de santé et des ASC à l'identification de la lèpre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser le dépistage précoce des cas de lèpre dans toutes les Aires de Santé</li> <li>- Assurer la prise en charge précoce et correcte des cas de lèpre dépistés</li> </ul>

			-Assurer le suivi personnalisé des malades dès le début des traitements (tel que proposé par le coordonnateur)
	<b>Atteindre le seuil d'élimination de la lèpre de 1 cas pour 10 000 habitants dans toutes les Aires Sanitaires endémiques d'ici 2020</b>	-Chimiothérapie des cas par le PCT  -Mobilisation sociale  -Formation / recyclage des agents de santé et des ASC à l'identification de la lèpre	- Organiser des campagnes de sensibilisation des populations dans les Aires Sanitaires sur la lèpre  - Organiser des campagnes annuelles de dépistage de la lèpre dans les Aires Sanitaires selon un plan établi avec les moyens disponibles  - Assurer la prise en charge précoce et correcte des cas de lèpre dépistés  -Assurer le suivi personnalisé des malades dès le début des traitements (tel que proposé par le coordonnateur)
	<b>Notifier les cas de morsures par animaux vecteurs de rage sur l'étendue du territoire national à partir de 2015 (les inclure dans le SNIS)</b>	-Gestion des données en collaboration avec les Responsables des Aires de santé et les personnels des services vétérinaires  -Collaboration avec les autres Secteurs, en particulier de l'Elevage	-Notification hebdomadaire ou mensuelle des cas de morsures par animaux vecteurs  -Préparation des rapports
	<b>Déterminer la distribution de la rage humaine sur l'étendue du territoire national d'ici fin 2015</b>	-Examen de documents scientifiques  -Analyse des statistiques des structures de santé	-Collecte et analyse des données  -Elaboration de rapports périodiques
	<b>Mettre en place progressivement des unités de sérovaccination dans les Régions selon la disponibilité de la chaîne de froid</b>	-création d'unité de vaccination  -formation du personnel  -équipement du Centre de vaccination	- Créer un centre de vaccination antirabique dans chaque région  - Doter et équiper chacun de ces centres de matériels et sérums et vaccins requis  -Assurer la formation du personnel des Centres à l'exécution des activités de sérovaccination et d'EPS en matière de rage
	<b>Prévenir la survenue de la rage humaine par la sérovaccination antirabique selon les normes et procédures chez les personnes mordues par animaux vecteurs (selon le risque)</b>	-Sérovaccination  -Education pour la Santé	-Sérovaccination des personnes exposées au risque  -Education pour la Santé (cibler les sujets exposés, les élèves, etc.)  -Vacciner les personnels des services vétérinaires à la demande
	<b>Promouvoir la vaccination des canidés domestiques en collaboration avec les services vétérinaires</b>	-Promotion de la vaccination des canidés domestiques par les services vétérinaires	-Echanges de données avec les services vétérinaires  -Participation aux réunions et rencontres sur la rage avec les agents des services

			vétérinaires
	<b>Assurer le suivi régulier du déparasitage des enfants d'âge préscolaire (6 mois-59 mois) avec la collecte et le partage des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Réunion de coordination</li> <li>-Collecte des données</li> <li>-Appui aux programmes de survie de l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Organiser des réunions avec les collègues</li> <li>-Collecter les données de traitement de masse</li> <li>-Diffuser les données de déparasitage des enfants de moins de 5 ans</li> </ul>
Mettre en place un plan IEC / Mobilisation sociale en soutien à la lutte contre les MTN	<b>Mettre en œuvre un Plan de communication en direction des décideurs, des différents acteurs du système de santé, des partenaires et des leaders communautaires en faveur de la lutte contre les MTN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaboration d'un plan de communication en faveur de la lutte contre les MTN ciblées dans le Plan directeur</li> <li>-Elaboration d'outils IEC en faveur de la lutte contre les MTN ciblées dans le Plan directeur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser un atelier national de plaidoyer et de sensibilisation sur les MTN au profit des agents des secteurs santé, éducation, élevage, hydraulique et les partenaires</li> <li>- Organiser des ateliers inter-régionaux de plaidoyer et de sensibilisation sur les MTN au profit des agents des secteurs santé, éducation, élevage, hydraulique et les partenaires</li> <li>- Organiser la cérémonie de lancement du plan intégré de lutte contre les MTN dans une région de co-endémicité (Exemple Gabu)</li> <li>- Animer des émissions radiotélévisées (ou spot) sur les MTN</li> <li>-Organiser un atelier d'élaboration d'outils IEC en faveur de la lutte contre les MTN ciblées dans le Plan directeur (faire recours à l'expertise nationale et internationale et se baser sur les acquis d'autres programmes en Afrique)</li> <li>-Tester sur le terrain les outils IEC produits</li> <li>-Reproduire et diffuser les outils IEC produits</li> </ul>
Mettre en place un système de pharmacovigilance lors des interventions de masse intégré à la politique nationale existante	<b>Développer un sous-système de pharmacovigilance en rapport avec les MTN comme partie intégrante du système national</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pharmacovigilance</li> <li>-Gestion des données</li> <li>-Gestion des effets secondaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer les aspects de pharmacovigilance des médicaments MTN dans les formations des agents de santé</li> <li>- Reproduire les fiches de notification des effets secondaires liés aux médicaments MTN</li> <li>- Collecter et analyser les données relatives aux effets secondaires liés aux médicaments MTN lors des campagnes de traitement de masse</li> <li>- Diffuser les résultats de l'analyse des données liés aux effets secondaires des</li> </ul>

			<p>médicaments MTN à tous les niveaux requis</p> <p>-Assurer dans les formations sanitaires aux différents niveaux la prise en charge des effets secondaires, en particulier graves</p>
<p>Mettre à profit les interventions de lutte AV, d'Hygiène et d'Assainissement menées au profit de la lutte contre les MTN</p>	<p><b>Contribuer à la mise en œuvre des activités de l'initiative sous régionale de lutte intégrée contre les vecteurs et de renforcement des mesures Eau-Hygiène-Assainissement</b></p>	<p>-Gestion des données de lutte intégrée contre le vecteur</p> <p>-Participation aux rencontres nationales et internationales sur le sujet</p> <p>-Plaidoyer pour la promotion de la LIV et des mesures eau-hygiène-assainissement</p>	<p>- Mettre en place une base de données de lutte intégrée contre les vecteurs de MTN</p> <p>- Participer aux réunions de coordination et de prise de décision de cette initiative</p> <p>- Assurer la mise en œuvre des décisions sous régionales dans les programmes nationaux de lutte intégrée contre les vecteurs</p> <p>- Contribuer aux initiatives de lutte antivectorielle intégrée en collaboration avec le programme de lutte contre le paludisme par la distribution des MILDA</p> <p>- Faire le plaidoyer pour le renforcement Eau-Hygiène-Assainissement au niveau des Secteurs concernés</p> <p>-Analyser les données de couvertures en eau, hygiène et assainissement dans les zones de lutte contre les MTN, en particulier la trachome et les schistosomiasis / géohelminthiases</p> <p>- Participer aux instances de plaidoyer pour le renforcement des mesures Eau-Hygiène-Assainissement au niveau des Secteurs de développement concernés</p>
<p>Mettre en place un mécanisme de supervision performante des interventions aux différents niveaux pour le contrôle et l'élimination des MTN</p>	<p><b>Renforcer la supervision intégrée périodique des activités de la lutte contre les MTN aux différents niveaux</b></p>	<p>-Supervision formative</p> <p>-Mise à disposition de documentation</p>	<p>- Organiser un atelier d'élaboration d'un guide de supervision intégré pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire</p> <p>- Organiser les supervisions semestrielles (niveau central vers régions), trimestrielles (régions vers Aires de Santé) et mensuelles (Aires de Santé vers les communautés) des activités de lutte contre les MTN</p> <p>-Organiser des supervisions aux différents niveaux lors des campagnes de traitements de masse</p> <p>- Elaborer les rapports de supervision intégrée</p>

			- Organiser une réunion de restitution des résultats de la supervision (mettre à profit les différentes réunions)
--	--	--	---

**Tableau 31 : Activités identifiées dans la PS4**

<b>PS 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle du programme MTN</b>			
<b>Objectifs stratégiques</b>	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Activités</b>
Mettre en place un système fiable de gestion des données des interventions pour un meilleur suivi de la performance des programmes	Renforcer la gestion des données de tous les secteurs, Organisations de la société civile et institutions de recherche intervenant dans la lutte contre les MTN pendant toute la période de mise en œuvre	-Gestion des données	-Elaborer des outils intégrés de collecte des données avec les autres secteurs et intervenants dans la lutte contre les MTN  -Appuyer les Régions et Aires de Santé à mettre en place un système de collecte des données MTN intégré à l'existant  -Collecter régulièrement les données MTN aux différents niveaux et de tous les acteurs en vue de leur consolidation  -Diffuser les données consolidées de lutte contre les MTN à tous les niveaux requis
Mettre en place un système de suivi – évaluation de la lutte contre les MTN	Déterminer le niveau d'exécution du plan stratégique de lutte contre les MTN	-Management des Programmes MTN	-Organiser des Réunions périodiques de suivi de l'exécution des programmes MTN  - Organiser une Revue Technique Annuelle des Programmes MTN  - Organiser une évaluation à mi-parcours du plan MTN  - Organiser une évaluation finale du plan MTN
Mettre en place un système de surveillance épidémiologique des maladies ainsi que de l'évaluation d'impact des interventions	Procéder à l'évaluation périodique des sites sentinelles et de contrôle des programmes de Chimiothérapie Préventive de Masse	-Evaluation épidémiologique  -Evaluation entomologique	- Organiser l'évaluation annuelle des villages sentinelles de l'onchocercose selon le cycle de rotation dans le réseau des villages retenus à cet effet  - Procéder tous les ans à des études entomologiques d'impact de l'ivermectine sur la transmission au niveau des points de capture  - Procéder à l'évaluation périodique de la microfilariémie dans les sites sentinelles FL selon les procédures retenues

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser tous les deux ans l'évaluation des villages sentinelles SCH/HTS selon le cycle de rotation dans le réseau des villages retenus à cet effet</li> <li>- Organiser tous les trois ans l'évaluation (après les 3 cycles de traitements retenus) l'impact des interventions de lutte contre le trachome dans les Régions</li> </ul>
	Procéder à l'évaluation de l'efficacité des interventions de prise en charge des cas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Suivi de la prévalence des complications des MTN au sein des communautés</li> <li>-Mesure de la performance de la prise en charge des complications</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déterminer le nombre de cas de rage</li> <li>- Déterminer le nombre de cas de trichiasis opéré</li> <li>- Déterminer le nombre de nouveaux cas de lèpre avec infirmités de grade 2</li> <li>- Déterminer le nombre de cas d'hydrocèle opéré</li> <li>- Déterminer le nombre de cas de lymphœdème pris en charge</li> </ul>
Promouvoir la recherche opérationnelle en faveur d'une bonne gestion de la lutte contre les MTN	Mettre en place un cadre de concertation et de soutien fonctionnel à la recherche opérationnelle contre les MTN	Recherche opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des réunions périodiques de concertation sur la recherche opérationnelle sur les MTN</li> <li>- Identifier des thèmes de recherche opérationnelle sur les MTN en collaboration avec les institutions de recherche</li> <li>- Assurer le financement des protocoles de recherche opérationnelle retenus</li> <li>- Organiser une réunion de présentation des résultats de la recherche opérationnelle et de prise de décision par rapport aux interventions à haut impact sur la morbidité des MTN</li> <li>- Diffuser les résultats de la recherche opérationnelle au profit de la lutte contre les MTN pour la prise de décision et la valorisation</li> </ul>

### **3.4 Mise à l'échelle des interventions de lutte contre les MTN**

#### **3.4.1 Les interventions de chimiothérapie préventive de masse**

Selon les normes et procédures établies, les interventions de traitements de masse dépendent de l'intensité de la maladie dans les zones d'interventions. Cette intensité est évaluée lors de la cartographie et l'évaluation des sites sentinelles permet d'établir les cycles de traitements requis. Le tableau 32 ci-dessous résume la plan de passage à l'échelle des traitements de masse contre ces maladies jusqu'à l'atteinte des objectifs.

##### **a) Pour la lutte contre l'onchocercose**

Au démarrage de ce plan, la lutte contre l'onchocercose est déjà menée dans toute la zone anciennement endémique. Cette zone comprend essentiellement la Région de Bafata à travers 2 Aires de Santé parmi les 14 alors que dans la Région de Gabu ce sont 15 Aires de Santé qui sont concernées parmi les 19. Les traitements ont démarré en 1989 dans ces régions où l'onchocercose est en voie d'élimination grâce à l'application de la stratégie du TIDC.

##### **b) Pour la lutte contre la filariose lymphatique**

La lutte contre la filariose lymphatique a démarré en Guinée Bissau en 2008 dans toutes les 33 Aires de Santé des Régions de Gabu et Bafata. Ces Aires de Santé totalisent actuellement 6 cycles de traitements annuels et pourraient bénéficier d'enquête d'impact, en particulier de la TAS pour envisager l'arrêt des traitements.

A partir de 2015, selon le plan de passage à l'échelle établi, toutes les autres régions devront bénéficier des traitements de masse à l'ivermectine et à l'albendazole pour l'atteinte de l'objectif d'élimination de la maladie en 2020 au plus tard.

Les régions de Bafata et Gabu pourraient bénéficier d'un 7<sup>ème</sup> cycle de traitement de masse en 2014 étant donné qu'aucune décision d'arrêt de traitement n'a été prise ainsi que l'évaluation des résultats des campagnes de traitement de masse. Une enquête TAS s'impose pour ces 2 régions.

##### **c) Pour la lutte contre les schistosomiasés et les géohelminthiases**

Les traitements de masse dans le cadre de la lutte contre les **schistosomiasés** n'ont pas encore démarré en Guinée Bissau. L'année 2014 sera la première année et une commande de praziquantel pour traitements de masse de plus de 140 000 enfants d'âge scolaire ou d'autres cibles spécifiques a été faite et est en cours de livraison. Cette première année de traitement de masse au praziquantel va concerner les Régions de Gabu, Bafata, Farim et Oio.

A partir de 2015, les autres régions qui restent seront prises en charge sauf la Région de Bolama où les faibles prévalences n'autorisent pas les traitements de masse.

Il est aussi important d'être focal dans les interventions de traitements de masse au praziquantel en raison du caractère très focal de la maladie et pour une rationalisation de l'utilisation du médicament.

Pour ce qui concerne les traitements de masse pour la lutte contre les **géohelminthiases**, il importe de capitaliser les actions menées dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose, la filariose lymphatique ainsi que le déparasitage des enfants d'âge préscolaire. En dehors de ces actions bénéfiques contre les parasitoses intestinales ciblées, il importe de s'étendre aux autres régions non bénéficiaires de ces interventions, en plus des mesures complémentaires dont ces régions doivent

bénéficiaire. Les populations cibles pour ces interventions spécifiques sont essentiellement les enfants d'âge scolaire (5 – 14 ans) et les groupes cibles à haut risque.

**d) Pour la lutte contre le trachome**

La lutte contre le trachome par le traitement de masse à l'azithromycine a démarré en 2009 dans les Régions de Cacheu, Oio, Farim et Bafata qui ont déjà bénéficié de 3 cycles de traitements de masse. Une étude d'impact menée dans ces Régions en 2013 a montré de bons résultats sur l'ensemble des régions où le taux des TF/TI est inférieur à 5% mais limite dans la Région de Farim (4,21%). Cette dernière mérite une bonne surveillance de la maladie ainsi que de ses autres déterminants.

Le trachome est endémique sur l'ensemble du pays, le plan de passage à l'échelle prévoit de toucher l'ensemble des régions à partir de 2014 et 2015. Ainsi, en fin 2017 déjà, toutes les régions auront bénéficié d'au moins 3 cycles de traitement et la période 2018 – 2020 pourra être mise à profit pour évaluer l'impact des interventions en vue de l'atteinte des objectifs d'élimination du trachome en 2020 en Guinée Bissau.

**Tableau 32 : Plan de passage à l'échelle des interventions de lutte contre les MTN à CTP**

Programmes	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Onchocercose et filariose lymphatique</b>	<p>Toute la zone d'onchocercose (17 Aires de Santé sur 33 des Régions de <b>Gabu</b> et <b>Bafata</b>) est sous traitement par l'IVM (les traitements ont commencé depuis 1989 et seront poursuivis jusqu'à l'arrêt des traitements par les autorités nationales en concertation avec APOC). D'autre part, depuis 2008, la totalité des 33 Aires de Santé de ces 2 régions est sous traitement IVM+ALB dans le cadre de la lutte contre la FL.</p> <p>2014 : Gabu et Bafata : <b>DMM1</b> (IVM+ALB)</p> <p>2015 – 2019 : (Gabu et Bafata) + les 9 autres régions : <b>DMM1</b> (IVM+ALB)</p> <p>TAS en 2015 : si la TAS est faite en 2015 pour les Régions de Gabu et Bafata et que les résultats plaident en faveur d'un arrêt des traitements de masse dans le cadre de la lutte contre la FL pour ces 2 régions, poursuivre uniquement les traitements par l'IVM (<b>DMM3</b>) en attendant une décision d'arrêt des traitements.</p> <p>TAS en 2020 : se préparer à faire une TAS pour les 9 autres régions suite aux 5 cycles de traitements qu'elles auront reçus.</p>						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Schistosomiasis</b> Cible : EAS (26,7%)	<p>2014 : Régions de <b>Gabu</b>, <b>Bafata</b>, <b>Farim</b> et <b>Oio</b> (1<sup>ère</sup> campagne de distribution de masse du Praziquantel <b>T2</b>, 351 000 comprimés seront mis à disposition et devront permettre le traitement de 140 400 enfants d'âge scolaire. Il n'y a pas de zone de forte endémicité pour envisager les traitements des adultes à risque).</p> <p>2015 – 2020 : En plus des régions précédentes, traiter <b>toutes les autres Régions</b> du pays qui restent sauf Bolama (6 au total)</p> <p>Faire les évaluations d'impact au niveau des sites sentinelles tous les 2 ans</p>						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Géohelminthiases</b> 2014 : Faire une demande d'albendazole pour les Régions de <b>Farim</b> et <b>Oio</b>	<p>2014 : Les Régions de <b>Gabu</b> et <b>Bafata</b> bénéficient du déparasitage à travers la lutte contre l'onchocercose et la filariose lymphatique. Il faudra envisager un 2<sup>ème</sup> passage et faire une commande complémentaire d'Albendazole.</p> <p>Quant aux Régions de <b>Oio</b> et <b>Farim</b>, étant donné qu'elles doivent bénéficier de la 1<sup>ère</sup> campagne de traitement au PZQ, il serait utile d'associer un déparasitage à l'albendazole.</p> <p>2015 : En plus des 4 premières régions, traiter les <b>7 autres régions</b>.</p> <p>2016 – 2020 : Traiter toutes les régions</p> <p>Faire les évaluations d'impact au niveau des sites sentinelles tous les 2 ans</p>						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Trachome</b>	<p>2014 : Les Régions de <b>Cacheu</b>, <b>Oio</b>, <b>Farim</b> et <b>Bafata</b> ont déjà bénéficié de 3 cycles de traitement à l'azithromycine et ont fait l'objet en 2013 d'évaluation d'impact des interventions.</p> <p>2014 : Les Régions de <b>Bissau</b>, <b>Biombo</b> et <b>Bijagos</b> vont bénéficier du premier traitement de masse qui sera poursuivi durant les 3 prochaines années.</p> <p>2015 : Les 4 dernières Régions (<b>Quinara</b>, <b>Bolama</b>, <b>Tombali</b> et <b>Gabu</b>) vont bénéficier de leur premier traitement de masse à l'azithromycine et le poursuivre jusqu'en 2017.</p> <p>2018 – 2020 : Cette période sera mise à profit pour mener les activités d'évaluation de l'impact des interventions.</p>						

**Rappel sur les combinaisons thérapeutiques en matière de chimiothérapie préventive de masse :**

- DMM1 : IVM + ALB (pour la FL dans les zones endémiques à l'onchocercose)
- DMM2 : DEC + ALB (pour la FL dans les zones non endémiques à l'onchocercose)
- DMM3 : IVM (pour l'onchocercose uniquement)
- T1 : ALB + PZQ ou MBD + PZQ (pour géohelminthiases et schistosomiasés)
- T2 : PZQ (pour schistosomiasés uniquement)
- T3 : ALB ou MBD (pour les géohelminthiases uniquement)
- T4 : AZT (pour le trachome cécitant)

Tableau 33 : Distribution des MTN et population selon les Régions et Aires de Santé en 2014

Région	Nombre d'Aires de Santé	MTN présentes	Population (en 2014)
Bafata	2	-Onchocercose -Filariose lymphatique -Schistosomiasés -Géohelminthiases -Trachome	44 119
	12	-Filariose lymphatique -Schistosomiasés -Géohelminthiases -Trachome	209 585
Bijagos	11	-Filariose lymphatique -Schistosomiasés -Géohelminthiases -Trachome	25 443
Biombo	8	-Filariose lymphatique -Schistosomiasés -Géohelminthiases -Trachome	91 316
Bolama	3	-Filariose lymphatique -Schistosomiasés -Géohelminthiases	11 043
Cacheu	18	-Filariose lymphatique -Schistosomiasés -Géohelminthiases -Trachome	219 126
Quinara	6	-Filariose lymphatique -Schistosomiasés -Géohelminthiases -Trachome	72 613
Gabu	15	-Onchocercose -Filariose lymphatique -Schistosomiasés -Géohelminthiases -Trachome	151 128
	4	-Filariose lymphatique -Schistosomiasés -Géohelminthiases -Trachome	89 553
Oio	10	-Filariose lymphatique -Schistosomiasés -Géohelminthiases -Trachome	194 791
Farim	5	-Filariose lymphatique -Schistosomiasés -Géohelminthiases -Trachome	54 631
Tombali	8	-Filariose lymphatique -Schistosomiasés -Géohelminthiases -Trachome	113 040
Bissau	14	-Filariose lymphatique -Schistosomiasés -Géohelminthiases -Trachome	459 446
Totaux	116	Toutes les MTN à CTP	1 735 834

Ces combinaisons thérapeutiques sont susceptibles de connaître des changements, même en 2015 si des investigations d'impact sont menées notamment dans les Régions de Bafata et Gabu qui ont connu 6 cycles de traitements pour la lutte contre la filariose lymphatique.

Aussi, dans le cadre de la lutte contre le trachome, l'évolution du passage à l'échelle des traitements de masse, les leçons à tirer de l'étude d'impact menée en 2013 dans les Régions de Cacheu, Oio, Farim, Bafata pourront aider à mieux orienter les stratégies d'interventions.

Le plan de passage à l'échelle montre qu'entre 2014 et 2015, toutes les interventions sur les MTN seront entamées. La période 2018 – 2020 sera mise à profit pour évaluer l'impact des interventions pour le contrôle et l'élimination de ces maladies. En principe, avec le soutien des Partenaires et l'engagement des autorités nationales, les objectifs peuvent être atteints. Il importe cependant d'accorder une attention particulière aux ressources humaines au sein de la coordination des programmes MTN, à la gouvernance des programmes et au leadership des différents coordonnateurs.

**Tableau 34** : Application des différentes combinaisons thérapeutiques pour les MTN/CTP selon les Régions et Aires de Santé de 2014 à 2020

Année	Combinaison thérapeutique	Région	Nombre d'Aires de Santé	Population selon les années	Etudes d'impact, vérification, surveillance
2014	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Gabu	19	240 681	-Poursuivre les traitements FL pour les Régions de Gabu et Bafata car pas de décision d'arrêt  -Chaque année faire une évaluation épidémiologique de l'onchocercose dans un lot de villages issu du réseau des villages sentinelles.
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Bafata	14	253 704	
	Schisto/STH (T1)	Farim	5	54 631	
	Schisto/STH (T1)	Oio	10	194 791	
	Trachome (T4)	Bissau	14	459 446	
	Trachome (T4)	Biombo	8	91 316	
	Trachome (T4)	Bijagos	11	25 443	
2015	Oncho/STH/Trachome (DMM3+T3 en 2 <sup>ème</sup> passage +T4)	Gabu	15	154 907	-Faire les enquêtes TAS pour les Régions de Gabu et Bafata qui auront bénéficié de 6+1 cycles de traitement (si RPRG autorise)  -Evaluer les sites sentinelles pour les données de base dans le cadre du démarrage des traitements de masse dans les 9 Régions (en dehors de celles de Gabu et Bafata)
	STH/Trachome (T3+T4)	Gabu	4	91 792	
	STH/Oncho (DMM3+T3 en 2 <sup>ème</sup> passage)	Bafata	2	45 222	
	STH (T3)	Bafata	12	214 825	
	Trachome/FL/STH (DMM1+T3 en 2 <sup>ème</sup> passage +T4)	Bissau	14	470 933	
	Trachome/FL/Schisto/STH (DMM1+T2+T4)	Biombo	8	93 599	
	Trachome/FL/STH (DMM1+T3 en 2 <sup>ème</sup> passage +T4)	Bijagos	11	26 080	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Farim	5	55 997	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Oio	10	199 661	
	FL/STH/Trachome (DMM1+T4)	Bolama	3	11 319	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Cacheu	18	224 605	
	FL/Schisto/STH/Trachome (DMM1+T2+T4)	Quinara	6	74 429	
	FL/Schisto/STH/Trachome (DMM1+T2+T4)	Tombali	8	115 866	
2016	Oncho/Schisto/STH/Trachome	Gabu	15	158 780	-Faire des enquêtes d'impact

	(DMM3+T2+T4)				dans les sites sentinelles schistosomiases et géohelminthiases tous les 2 ans.
	Schisto/STH/Trachome (T1+T4)	Gabu	4	94 087	
	Schisto/STH/Oncho (DMM3+T2)	Bafata	2	46 353	
	Schisto/STH (T1)	Bafata	12	220 196	
	Trachome/FL/Schisto/STH (DMM1+T2+T4)	Bissau	14	482 707	
	Trachome/FL/Schisto/STH (DMM1+T2+T4)	Biombo	8	95 939	
	Trachome/FL/Schisto/STH (DMM1+T2+T4)	Bijagos	11	26 732	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Farim	5	57 397	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Oio	10	204 653	
	FL/STH/Trachome (DMM1+T4)	Bolama	3	11 602	
	FL/STH (DMM1+T3 en 2 <sup>ème</sup> passage)	Cacheu	18	230 221	
	FL/Schisto/STH/Trachome (DMM1+T2+T4)	Quinara	6	76 290	
	FL/Schisto/STH/Trachome (DMM1+T2+T4)	Tombali	8	118 763	
<b>2017</b>	Oncho/STH/Trachome (DMM3+T3+T4)	Gabu	15	162 750	-Faire une enquête d'impact pour les Régions de Bissau, Biombo et Bijagos qui auront bénéficié de 3 cycles de traitements pour la lutte contre le trachome
	STH/Trachome (T3+T4)	Gabu	4	96 440	
	STH/Oncho (DMM3+T3 en 2 <sup>ème</sup> passage)	Bafata	2	47 512	
	STH (T3)	Bafata	12	225 701	
	FL/STH (DMM1+T3 en 2 <sup>ème</sup> passage)	Bissau	14	494 775	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Biombo	8	98 338	
	FL/STH (DMM1+T3 en 2 <sup>ème</sup> passage)	Bijagos	11	27 401	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Farim	5	58 831	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Oio	10	209 770	
	FL/STH/Trachome (DMM1+T4)	Bolama	3	11 893	

	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Cacheu	18	235 977	
	FL/Schisto/STH/Trachome (DMM1+T2+T4)	Quinara	6	78 198	
	FL/Schisto/STH/Trachome (DMM1+T2+T4)	Tombali	8	121 733	
<b>2018</b>	Oncho/Schisto/STH (DMM3+T2)	Gabu	15	166 819	-Faire une enquête d'impact pour les Régions de Quinara, Bolama, Tombali et Gabu qui auront bénéficié de 3 cycles de traitements dans le cadre de la lutte contre le trachome
	Schisto/STH (T1+T4)	Gabu	4	98 851	
	Schisto/STH/Oncho (DMM3+T2)	Bafata	2	48 700	
	Schisto/STH (T1)	Bafata	12	231 344	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Bissau	14	507 145	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Biombo	8	100 797	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Bijagos	11	28 087	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Farim	5	60 302	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Oio	10	215 015	
	FL/STH (DMM1)	Bolama	3	12 191	
	FL/STH (DMM1+T3 en 2 <sup>ème</sup> passage)	Cacheu	18	241 877	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Quinara	6	80 152	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Tombali	8	124 777	
<b>2019</b>	Oncho/STH (DMM3+T3 en 2 <sup>ème</sup> passage)	Gabu	15	170 990	
	STH (T3)	Gabu	4	101 323	
	STH/Oncho (DMM3+T3 en 2 <sup>ème</sup> passage)	Bafata	2	49 918	
	STH (T3)	Bafata	12	237 128	
	FL/STH (DMM1+T3 en 2 <sup>ème</sup> passage)	Bissau	14	519 824	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Biombo	8	103 317	
	FL/STH	Bijagos	11	28 790	

	(DMM1+T3 en 2 <sup>ème</sup> passage)				
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Farim	5	61 810	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Oio	10	220 391	
	FL/STH (DMM1)	Bolama	3	12 496	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Cacheu	18	247 924	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Quinara	6	82 156	
	FL/Schisto/STH (DMM1+T2)	Tombali	8	127 897	
<b>2020</b>	Oncho/Schisto/STH (DMM3+T2)	Gabu	15	175 265	-Faire les enquêtes TAS pour les 9 Régions (en dehors de Gabu et Bafata) qui auraient entamé les traitements de masse contre la FL en 2015
	Schisto/STH (T1+T4)	Gabu	4	103 857	
	Schisto/STH/Oncho (DMM3+T2)	Bafata	2	51 166	
	Schisto/STH (T1)	Bafata	12	243 057	
	Schisto/STH (T1)	Bissau	14	532 820	
	Schisto/STH (T1)	Biombo	8	105 900	
	Schisto/STH (T1)	Bijagos	11	29 510	
	Schisto/STH (T1)	Farim	5	63 356	
	Schisto/STH (T1)	Oio	10	225 901	
	STH (T3)	Bolama	3	12 809	
	STH (T3)	Cacheu	18	254 123	
	Schisto/STH (T1)	Quinara	6	84 210	
	Schisto/STH (T1)	Tombali	8	131 095	

Partant des normes et procédures dans l'application des différentes combinaisons thérapeutiques pour les MTN/CTP telles sont les combinaisons à appliquer dans les Régions d'endémie entre 2014 et 2020.

Pour la **filariose lymphatique**, ce sont 5 cycles de traitements de masse qui seront appliqués alors que pour le trachome 3 cycles seront suffisants. Il faudrait s'assurer de l'obtention de bonnes couvertures géographiques et thérapeutiques pour s'assurer de l'atteinte des objectifs.

Pour ce qui concerne l'**onchocercose**, la décision d'arrêt des traitements sera prise en concertation avec APOC étant donné que la lutte a été entamée depuis 1989.

Concernant la lutte contre les **schistosomiases**, les traitements qui vont être entamés en 2014 seront poursuivis, en attendant des directives précises pour tout changement concernant les mesures actuellement appliquées. Le cycle de traitement lié à la prévalence des maladies dans les sites sentinelles ou dans les villages évalués pendant la cartographie commandée de traiter de la manière suivante :

Les régions dans lesquelles la prévalence parasitaire est comprise entre 10 et 50% pour les **schistosomiases** (Région de **Gabu, Bafata et Cacheu**), puis **Bissau et Bijagos** (enquêtes par questionnaire < 30%) traiter tous les enfants d'âge scolaire et les groupes cibles à haut risque tous les 2 ans alors que dans les autres régions (**Farim, Oio, Biombo, Quinara et Tombali**) où la prévalence est inférieure à 10%, les enfants doivent être traités 2 fois durant leur cycle à l'école primaire (à l'entrée et à la sortie). Seule la Région de **Bolama** qui est jugée non endémique à la schistosomiase (ce qui devra être vérifié) ne devra pas bénéficier des traitements de masse au praziquantel.

Les prévalences parasitaires concernant les **géoelminthiases** sont supérieures ou égales à 50% dans la quasi-totalité des régions et commandent de procéder à 2 traitements annuels chez les enfants d'âge scolaire ainsi que les adultes à haut risque identifiés. Il importe de tenir compte des traitements effectués dans la lutte contre l'onchocercose et la filariose lymphatique qu'il faut considérer comme des passages effectifs contre les géoelminthiases.



#### e) Gestion de la morbidité pour les MTN/CTP

La lutte contre les MTN ne se limite pas seulement aux traitements de masse dans le cadre de la chimiothérapie préventive. Ces maladies bénéficiant de cette stratégie présentent des complications qui font leur gravité et sont à l'origine de la stigmatisation dont sont victimes les malades. C'est dans le cadre de leur prévention que cette chimiothérapie est d'ailleurs menée.

Aussi bien l'**onchocercose**, que la **filariose lymphatique**, les **schistosomias** et le **trachome** sont à l'origine de complications qui peuvent arriver à être irréversibles comme la cécité avec l'onchocercose ou l'éléphantiasis et le lymphœdème pour la filariose lymphatique. Les complications urogénitales avec les schistosomias (pathologie génito-urinaire voire cancers génito-urinaires, hypo fécondité, graves pathologies hépatiques) font toute la gravité de ces maladies. Quant au trichiasis, par la cécité qu'elle entraîne constitue la grande menace en matière de santé oculaire. C'est pourquoi, dans le cadre du déroulement de la stratégie CHANCE, elle constitue un élément fondamental de la lutte contre le trachome.

Ainsi, au cours des campagnes de traitements de masse, il importe de détecter toute la morbidité souvent cachée dans les communautés (éléphantiasis et lymphœdème notamment) et les cas de trichiasis dont la cause est souvent méconnue des populations pour leur apporter les sanctions thérapeutiques appropriées. En routine, la gestion des complications de schistosomias pourra se faire.

Les enfants sont les grandes victimes de l'anémie, complication fréquente des géohelminthiasis, à l'origine d'une grande souffrance de ces enfants d'âge préscolaire ou scolaire. Il importe de lui accorder une plus grande attention par leur prévention à travers les campagnes de traitements de masse ou leur prise en charge effective par des médications appropriées.

L'OMS a mis à la disposition des guides pour la prise en charge de cette morbidité.



### **3.4.2 Les Maladies bénéficiant de la gestion innovative et intensive des cas**

Les maladies identifiées pour la gestion intensive et innovative du cas sont essentiellement la lèpre et la rage. Cette gestion s'applique réellement pour la lèpre car pour la rage, il s'agit de la prévenir par les stratégies les plus appropriées. En effet, un cas de rage déclaré est jusque-là mortel d'où l'importance de la détection de toute exposition en vue de sa prise en charge par la sérovaccination appropriée.

Les interventions menées dans le cadre de la lutte contre la lèpre et le trachome intéressent depuis très longtemps l'ensemble du pays.

#### **a) Pour la lutte contre la lèpre**

La Guinée Bissau a atteint au niveau national le seuil d'élimination qui est de moins de 1 cas pour 10 000 habitants avec l'application de la polychimiothérapie (PCT) comme la plupart des pays africains, il importe d'atteindre maintenant ce seuil pour chaque district qui pourrait être confondu à chaque Aire de Santé.

La prise en charge des complications de la lèpre sera assurée pour les cas simples dans toutes les formations sanitaires par des infirmiers bien formés à cet effet mais les plus graves seront référées au Centre de Santé de CUMURA où l'on se chargera de leur prise en charge appropriée.

#### **b) Pour la lutte contre la rage**

Les différentes stratégies de lutte contre la rage humaine sont appliquées en Guinée Bissau depuis la période coloniale, principalement la sérovaccination des personnes exposées, la vaccination des animaux domestiques (en particulier les chiens) et des mesures de contrôle des populations de chiens errants. Le grand défi d'un programme de lutte contre la rage sera d'assurer la disponibilité des sérums et vaccins. A cause des problèmes de chaînes de froid, cette disponibilité, inconstante, n'est assurée qu'à Bissau où se trouve le seul centre de prise en charge.

Il importe de décentraliser progressivement cette prise en charge dans les Régions en plus de Bissau, en s'assurant de la fonctionnalité constante de la chaîne de froid et de la disponibilité d'un personnel de santé formé.

Concernant la prise en charge des cas de rage survenus, bien qu'étant un véritable échec de la prévention, doit être encouragée dans les formations sanitaires où les diverses investigations étiologiques anté et post mortem seront menées. Il importe de notifier tous les cas ; ce qui permettra de suivre l'évolution du problème dans le pays.

### **3.4.3 La prévention des MTN**

Dans le cadre de la prévention de la rage humaine, toutes les personnes mordues par les chiens et autres animaux vecteurs devront bénéficier de la sérovaccination antirabique selon les normes et procédures requises. Après Bissau, des Centres de vaccinations contre la rage seront progressivement créés dans les régions selon la disponibilité de l'énergie électrique pour améliorer l'accès. Une politique de disponibilité permanente et gratuite de ces produits sera mise en place.

Dans la lutte contre la filariose lymphatique, la promotion de l'utilisation des matériaux traités par les insecticides devra permettre la prévention de la transmission étant donné que le vecteur majeur du paludisme est celui qui transmet cette maladie.

La lutte contre le péril fécal par la promotion des latrines et l'hygiène individuelle et collective vont contribuer à une meilleure prévention des MTN. De même l'amélioration de l'accès à l'eau potable des populations, surtout en milieu rural permettra une baisse significative de la transmission de certaines MTN.

#### **a) La rage**

Tout cas de rage détecté est inéluctablement mortel c'est pourquoi, la stratégie la plus appropriée est la prévention qui consiste à correctement prendre en charge tout sujet exposé au risque de transmission de la maladie. Le risque de transmission existe lorsque la personne est mordue, léchée ou parfois avec un discret contact avec un animal vecteur.

La prévention consiste en la sérovaccination avec un protocole adapté au niveau d'exposition. D'autres mesures préventives existent comme la vaccination des animaux domestiques ou péri domestiques, la vaccination des professionnels vétérinaires ou le contrôle des populations d'animaux errants.

La prise en charge des cas de rage, considérés comme un échec de la prévention sera encouragée dans les formations sanitaires en vue de procéder aux investigations anté et post mortem requise. La notification des cas de rage sera encouragée pour un meilleur suivi de l'évolution de la maladie en Guinée Bissau.

#### **b) Le trachome**

L'application des mesures d'hygiène individuelle et collective a fait disparaître cette maladie dans les pays développés. Le trachome est considéré comme une véritable maladie de la pauvreté et de la mauvaise éducation sanitaire. Ces mesures seront encouragées par le plaidoyer au niveau des Secteurs en charge de ces volets dans le pays. D'autre part, des projets pilotes d'application globale de la stratégie CHANCE seront menés, en particulier dans les zones où les questions d'eau, hygiène et assainissement sont des plus précaires. L'éducation sanitaire des populations sera renforcée partout où sévit le trachome pour une meilleure protection des investissements faits dans la chimiothérapie préventive de masse, qui, on le sait, ne permet pas à elle seule d'éliminer le trachome cécitant.

#### **c) La filariose lymphatique**

Les mesures de lutte intégrée contre les vecteurs du paludisme, en particulier contre le vecteur majeur, *Anopheles gambiae*, ont un impact positif dans la transmission de la filariose lymphatique aussi transmise par ce même moustique. C'est pourquoi, tous les acquis de la lutte contre ce vecteur seront capitalisés comme une contribution dans la lutte contre la FL d'où l'importance de l'approche inter programme promue dans la lutte contre les MTN.

#### **d) Les schistosomiasés et les géohelminthiasés**

De même que la lutte contre le trachome, les mesures d'hygiène individuelle et collective, d'éducation sanitaire auront un important impact dans la prévention des schistosomiasés et des géohelminthiasés. Les enfants payant le plus lourd tribut à ces maladies, il est capital de mettre en place des mécanismes de coordination entre les Secteurs de la Santé et de l'Education qui doivent joindre leurs efforts pour l'atteinte des objectifs communs de santé des enfants d'âge scolaire ou préscolaire, scolarisés ou non.

## **IV. Gestion du Plan directeur de lutte contre les MTN**

La lutte contre les MTN est caractérisée par la complexité de son management du fait qu'elle regroupe plusieurs affections (onchocercose, filariose lymphatique, schistosomiasés, géohelminthiases, trachome, lèpre et rage) et les nombreux acteurs qu'elle doit impliquer.

Il n'existe actuellement au sein de la DLM du Ministère de la Santé que 3 programmes que celui de la lutte contre l'onchocercose qui devra prendre en charge la lutte contre la FL, celui de la lèpre qui prend en charge la lutte contre la tuberculose et enfin celui de promotion de la Santé oculaire en charge de la lutte contre le trachome.

La lutte contre les schistosomiasés, les géohelminthiases, la FL et la rage devront être dotés de coordonnateurs avec éventuellement un point focal pour la lutte contre la rage.

Les Secteurs gouvernementaux concernés par des activités à haut impact sur ces maladies devront bien coordonner avec le Ministère en charge de la Santé pour la promotion des interventions et leur plus grande efficacité. Ces Secteurs sont principalement ceux de l'Education, de l'Elevage, de l'hydraulique et celui chargé des questions d'hygiène et d'assainissement.

Les ONGs qui travaillent dans la lutte contre les MTN s'engageront davantage à apporter leur soutien aux Secteurs, en particulier celui de la Santé pour l'atteinte des objectifs fixés d'ici 2020.

### **4.1 La Coordination**

#### **4.1.1 Coordination au sein de la DLM**

Au sein de la Direction de la lutte contre la Maladie des réunions hebdomadaires autour du responsable de la coordination de la lutte contre les MTN (que ce soit un Coordonnateur désigné ou le Directeur lui-même) seront tenues pour un bon suivi de la mise en œuvre des activités et de la gestion des programmes. En l'absence de ce coordonnateur principal, le chargé de l'intérim devra présider ces réunions pour éviter toute rupture dans le management. Un ordre du jour précis fera l'objet des échanges au cours de ces réunions. Les comptes rendus de ces réunions seront bien tenus, archivés et suivis pour évaluer les décisions prises ou la résolution des problèmes identifiés.

#### **4.1.2 Coordination au sein du Ministère la Santé Publique**

##### **a) Au niveau central**

D'autres services au sein du Ministère de la Santé prennent en compte des MTN, comme celui chargé du déparasitage des enfants d'âge préscolaire, du déparasitage des enfants à l'école, des questions d'eau, hygiène et assainissement. Il est important qu'une bonne coordination avec ces services soit effectuée afin d'unir les efforts et garder une bonne ligne de solidarité dans le cadre d'objectifs communs du Secteur de la Santé. Une attention particulière sera accordée aux données de déparasitage des enfants de 6 à 59 mois dans le cadre de l'exécution des programmes de survie de l'enfant. Ces données sont souvent retrouvées dans des instances internationales sans que les Directions de lutte contre la Maladie ne soient tenues informées.

##### **b) Au niveau des Régions et Aires de Santé**

La lutte contre les MTN sera une priorité des zones opérationnelles et à ce titre devra régulièrement être inscrite à l'ordre du jour des réunions de coordination au niveau de la Région ou de l'Aire de Santé. Des échanges réguliers devront s'opérer entre les responsables de ces zones et les

coordonnateurs nationaux pour le suivi plus régulier de la mise en œuvre des composantes de la lutte contre les MTN.

#### **4.1.3 Coordination avec les autres parties prenantes (OMS/APOC, Sightsavers, Universités, Institutions de recherche, autres ONGs, Associations)**

Une bonne coordination et une excellente collaboration entre ces Partenaires Techniques et Financiers et les coordonnateurs, le Directeur de la Lutte contre la Maladie seront une garantie du succès de la lutte contre les MTN et l'atteinte des différents objectifs.

Ces partenaires devront participer aux réunions d'un Comité Technique qui devra se réunir au moins une fois par mois avec un ordre bien précis ainsi qu'un bon suivi des décisions, recommandations et la résolution des problèmes identifiés. La gouvernance de la lutte contre les MTN devra bien mettre à profit ces instances pour se renforcer. Les Universités, les Institutions de recherche devront appuyer les programmes nationaux en mettant à disposition les résultats de la recherche en matière de Maladies Tropicales Négligées. Cette recherche sera soutenue et promue par les programmes nationaux en collaboration avec ces institutions.

### **4.2 Suivi et évaluation de la mise en œuvre du Plan directeur**

#### **4.2.1 Suivi de la gestion des ressources**

La gestion des différentes ressources (humaines, matérielles, logistiques et financières) se fera avec la plus grande efficacité et une transparence totale. L'obligation de rendre compte doit être un souci permanent des agents responsables de la lutte contre les MTN à tous les niveaux. Une grande attention sera accordée à la gestion des médicaments gratuitement mis à la disposition des Partenaires et après chaque campagne de DMM les données en rapport avec l'utilisation des médicaments seront intégrées dans les rapports élaborés. L'OMS poursuivra son soutien au pays pour la disponibilité à temps de ces médicaments.

#### **4.2.2 Suivi de l'exécution des activités**

Le suivi de l'exécution des activités de lutte contre les MTN planifiées aussi bien du niveau central que dans les Régions et Aires de Santé devra se faire être méticuleusement. Ces activités seront inscrites dans les Plans d'opérations annuels eux-mêmes dans la ligne du Plan directeur de lutte contre les MTN. Tous les acteurs de la lutte contre les MTN devront s'aligner sur les objectifs inscrits dans ces plans et les activités suivies par les Coordonnateurs sous la supervision du Directeur de lutte contre la Maladie. Ces derniers auront leurs tableaux de bord qui leur permettra de continuellement suivre les activités et procéder au besoin aux réajustement requis, en particulier pour les activités hors plans. Le plan de suivi évaluation sera un outil fort utile dans le suivi des activités.

En ce début d'exécution du Plan directeur, une priorité doit être accordée aux activités de plaidoyer pour la mobilisation des ressources mais aussi aux formations pour une mise en œuvre correcte de la lutte. Dans tous les cas, malgré l'importance à accorder à toutes les activités, une certaine chronologie doit être respectée pour une plus grande efficacité de la lutte.

#### **4.2.3 Suivi des résultats**

Le suivi méticuleux des résultats obtenus par les différents acteurs de la lutte contre les MTN sera assuré et les différentes rencontres techniques seront une occasion de les présenter pour les valider et les partager. Les échéanciers étant proches pour l'élimination ou le contrôle des MTN, il importe de suivre avec l'attention requise les couvertures géographiques et thérapeutiques en s'assurant

qu'elles soient bonnes avant même de traquer les indicateurs d'impact. Il faudrait continuellement s'assurer de la fiabilité des données et leur partage avec les acteurs de terrain avec qui, une vision commune est partagée dans ce début d'exécution du Plan directeur.

#### **4.2.4 Evaluation de l'impact des interventions**

En respect des normes et procédures de lutte contre les MTN, en particulier à CTP, le suivi de l'impact des interventions doit être une préoccupation des gestionnaires des programmes. Dans les Régions de Gabu et Bafata, où les traitements de masse contre la filariose lymphatique ont été menés depuis 6 ans, des évaluations d'impact doivent être menées dans les meilleurs délais, en s'assurant avant tout d'une bonne analyse des données de couverture dans les différentes Aires de Santé. Le suivi de l'impact des interventions contre le trachome déjà entamé sera poursuivi et des sites sentinelles pour la surveillance de la lutte contre les schistosomiases et les géohelminthiases doivent être rapidement identifiés au cours de ce 2<sup>ème</sup> semestre 2014 pour faire l'objet des évaluations périodiques.

Il faudra, pour un bon suivi de l'impact des interventions, prendre en compte les données de couverture des Secteurs en charge des questions d'eau, assainissement ainsi que de la lutte antivectorielle menée par d'autres programmes de santé, comme la lutte antipaludique. C'est ici que la collaboration intersectorielle et inter programme montrent toute leur importance.

#### **4.2.5 Pharmacovigilance**

Il est urgent de s'assurer de l'exécution correcte des activités de pharmacovigilance dans ce contexte de co-endémicité quasi générale des MTN dans toutes les Aires de Santé, en particulier en 2014 et surtout en 2015 lors du passage à l'échelle avec la distribution massive des médicaments dans ces Aires de Santé où les populations n'ont pas reçu à la fois ces associations de médicaments, en particulier avec le praziquantel. Il importe de s'assurer du respect d'un intervalle d'au moins une semaine entre la prise des antiparasitaires et l'azithromycine. L'intégration dans le système national de pharmacovigilance doit se faire dès le départ et requiert une bonne coordination au sein du Ministère de la santé.

#### **4.2.6 Contrôle de qualité des médicaments**

Une grande ambition de ce volet est affichée au sein du Ministère de la Santé et le management de la lutte contre les MTN devra apporter tout son soutien à la mise en place d'une politique nationale de contrôle de qualité des médicaments, en particulier ceux distribués en masse au sein des communautés. Tous les lots de médicaments MTN/CTP devront faire l'objet de prélèvement pour ce contrôle de qualité.

La mise en place de ce dispositif pourra être considérée comme une forte contribution de la lutte contre les MTN au renforcement du Système de Santé.

### 4.3 Suivi / évaluation des indicateurs du Plan directeur de lutte contre les MTN

Tableau 35 : Indicateurs de suivi / évaluation du Plan directeur (PS1)

<b>PS1 : Renforcer l'appropriation du programme par le gouvernement, le plaidoyer, la coordination, le partenariat et la collaboration multisectorielle</b>			
<b>Objectifs stratégiques</b>	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Moyens de vérifications</b>
<b>Promouvoir le leadership du Gouvernement à tous les niveaux y compris au niveau des responsables locaux (niveau central, Région et Aire de Santé) pour la lutte contre les MTN</b>	Renforcer les capacités institutionnelles de l'Unité de Coordination MTN	-Nombre de programmes créés/prévus -Ressources humaines allouées/Prévues -Equipements mis en place/Prévus -Logistique allouée/prévue	-Actes administratifs de création de programmes -Actes de nominations des personnels requis -Dossiers d'allocation d'équipements et de la logistique requise (constat, BL, factures, etc.)
	Mettre en place une unité de coordination de la lutte contre toutes les MTN	-Unité de coordination fonctionnelle mise en place ou non	-Acte administratif de création de l'unité -Rapports de fonctionnalité de l'unité
	Intégrer et rendre visible la lutte contre les MTN dans les instances de coordination de la lutte contre la maladie au niveau régional	-Prise en compte de la lutte contre les MTN dans les décisions de lutte contre la maladie au niveau régional	-Existence de décisions prises sur les MTN dans les instances de lutte contre la maladie au niveau régional
<b>Faire le plaidoyer aux différents niveaux pour la promotion de la lutte contre les MTN et une plus grande visibilité des programmes</b>	Faire le plaidoyer à différents niveaux	-Rencontres avec autorités ciblées aux différents niveaux pour le plaidoyer/prévues	-PV de réunions
<b>Renforcer les capacités techniques et managériales des ressources humaines pour une meilleure performance des Programmes de lutte contre les MTN</b>	Renforcer les capacités des ressources humaines du niveau central en gestion des programmes	-Nombre d'agents formés à la gestion des programmes/prévu  -Formation ou non du gestionnaire des données à l'utilisation d'un logiciel de cartographie	-Rapports de formations des agents ciblés
<b>Renforcer la coordination de la lutte contre les MTN aux différents niveaux de la pyramide sanitaire avec toutes les parties prenantes,</b>	Organiser des réunions de coordination des parties prenantes au niveau central et dans les Régions axé sur les MTN	-Nombre de réunions de coordination de la DLM tenues/prévu  -Nombre de réunions de coordination avec les autres services du Ministère de la Santé sur les MTN  -Nombre de réunions tenues avec les Partenaires techniques et financiers/prévu  -Nombre de réunions de coordination des Régions prenant en compte la lutte contre les MTN à l'ordre du jour	-PV de réunions  -Ressources mobilisées pour la tenue de ces réunions  -Ressources mobilisées pour la participation des agents du niveau central aux réunions régionales
<b>Renforcer l'approche multisectorielle et inter programme dans la lutte contre les MTN</b>	Promouvoir les échanges et concertations avec les autres secteurs et les programmes intervenant dans la lutte contre les MTN	-Nombre de rencontres sur les MTN tenues avec les agents des autres Secteurs sur les MTN  -Nombre de rencontres sur les MTN tenues avec les autres agents de santé du Ministère en dehors de la DLM	-PV de réunions, de rencontres ou d'autres manifestations tenues

<b>Promouvoir le Partenariat y compris avec le Secteur privé pour le soutien à la lutte contre les MTN aux différents niveaux</b>	Nouer des partenariats selon les opportunités qui s'offrent aux programmes de lutte contre les MTN	-Nombre de cadres formels en faveurs des MTN créés  -Nombre de Partenaires Techniques et financiers qui inscrivent une ligne budgétaire pour la lutte contre les MTN  -Nombre de comités locaux qui soutiennent la lutte contre les MTN	-Actes créant les cadres  -Documents d'allocation de budgets -Ressources financières effectivement mobilisées pour le soutien à la lutte contre les MTN

Tableau 36 : Indicateurs de suivi / évaluation du Plan directeur (PS2)

<b>PS2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la viabilité financière des programmes MTN</b>			
<b>Objectifs stratégiques</b>	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Moyens de vérifications</b>
<b>Mettre en place un système de planification axé sur les résultats aux différents niveaux de la pyramide sanitaire</b>	Développer des plans annuels Intégrés de contrôle et d'élimination des MTN au niveau central	-Plan annuel intégré pour la lutte contre les MTN du niveau central élaboré ou non chaque année  -Taux de mobilisation des ressources pour la planification annuelle du niveau central	-Documents du Plan  -Documents de budgets mobilisés
	Appuyer les régions dans l'élaboration de leurs plans d'actions annuels intégrant la lutte contre les MTN	-Plan annuels intégrés des régions prenant en compte les MTN sont élaborés avec le soutien du niveau central  -Taux de mobilisation des ressources pour la planification annuelle au niveau des régions  -Participation des agents du niveau central aux ateliers régionaux de planification annuelle	-Documents de Plans  -Rapports de mission de participation des agents du niveau central aux ateliers régionaux  -Documents de budgets mobilisés
<b>Mettre en place un mécanisme de financement basé sur le budget de l'Etat et la participation des communautés en plus du soutien des partenaires pour assurer une lutte durable contre les MTN</b>	Promouvoir le financement de la lutte contre les MTN par le Budget de l'Etat	-Inscription de ligne budgétaire en soutien à la lutte contre les MTN dans le budget de l'Etat  -Taux de mobilisation du budget de l'Etat alloué au financement de la lutte contre les MTN	-Documents de budgets  -Documents d'engagements ou d'exécution budgétaire
	Promouvoir la participation communautaire dans la lutte contre les MTN	-Ressources mobilisées par les communautés en soutien à la lutte contre les MTN  -Ressources allouées par les Collectivités locales (élues) en soutien à la lutte contre les MTN	-Informations diverses sur les ressources financières mobilisées par les communautés en soutien à la lutte contre les MTN  -Informations sur les budgets des Collectivités locales en soutien à la lutte contre les MTN  -Taux d'exécution des budgets des Collectivités Locales en soutien à la lutte contre les MTN

Tableau 37 : Indicateurs de suivi / évaluation du Plan directeur (PS3)

<b>PS3 : Mettre à l'échelle l'accès aux interventions et le renforcement des capacités de prestation de service du système</b>			
<b>Objectifs stratégiques</b>	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Moyens de vérifications</b>
<b>Déterminer la distribution des MTN pour une meilleure application des stratégies de lutte</b>	<b>Notifier les cas de morsures par animaux vecteurs de rage sur l'étendue du territoire national à partir de 2015 (les inclure dans le SNIS)</b>	-Nombre de cas de morsures notifiés	-Données présentes dans le Système de collecte de données des programmes
		-Nombre de cas de rage  -Nombre de personnes ayant bénéficié d'une sérovaccination appropriée  -Nombre d'unités de sérovaccination implantées dans les Régions	-SNIS pour les données intégrées dans le Système National  -Infrastructures créées
	<b>Déterminer la distribution de la rage humaine sur l'étendue du territoire national</b>	-Nombre de cas de rage humaine	-Données présentes dans le Système de collecte de données des programmes  -SNIS pour les données intégrées dans le Système National
<b>Assurer la disponibilité des médicaments et autres intrants de qualité pour le passage à l'échelle des interventions de lutte contre les MTN</b>	<b>Assurer la disponibilité à tous les niveaux requis des médicaments et des autres intrants de qualité nécessaires à la lutte contre les MTN pendant toute la période de mise en œuvre du plan</b>	-Taux de disponibilité des médicaments et autres intrants de qualité nécessaires	-Dossiers de commande  -Fiches de stocks  -Rapports de traitements
	<b>Mettre en place un sous-système de contrôle de qualité des lots médicaments distribués dans la lutte contre les MTN</b>	-Nombre de lots de médicaments ayant fait l'objet de prélèvement pour le contrôle de qualité  -Nombre de lots ayant fait l'objet de contrôle de qualité  -Niveau de soutien technique, matériel et financier apporté au Système National de contrôle de qualité du médicament	-Rapport de prélèvements  -Rapport de contrôle de qualité  -Documents de mobilisation de ressources pour le soutien au Système National de contrôle de qualité
	<b>Rendre disponible de manière permanente les supports de collecte d'information relative à la gestion des médicaments à tous les niveaux requis pendant toute la période de mise en œuvre du plan</b>	-Nombre d'outils de gestion des médicaments élaborés par niveau / prévu  -Niveaux d'utilisation des outils dans le Système de Santé selon les différents niveaux	-Outils élaborés  -Outils en cours d'utilisation
<b>Renforcer les capacités des agents impliqués dans la mise en œuvre y compris les agents de santé communautaire</b>	<b>Rendre disponible à tous les niveaux requis les modules de formation et guides techniques du programme MTN d'ici</b>	-Nombre de modules de formation et guides techniques élaborés / prévus	-Outils élaborés  -Rapports d'ateliers d'élaboration  -Taux de mobilisation des

	<b>fin décembre 2015</b>		ressources pour ces ateliers
	<b>Rendre disponible à tous les niveaux requis les outils et supports IEC du programme MTN pendant toute la période de mise en œuvre du plan</b>	-Nombre d'outils et supports IEC élaborés	-Outils élaborés  -Rapports d'ateliers d'élaboration  -Taux de mobilisation des ressources pour ces ateliers
	<b>Former les personnels de santé et de l'éducation de toutes les régions et Aires de Santé du pays sur les stratégies de lutte contre les MTN d'ici fin décembre 2015</b>	-Nombre d'agents formés et recyclés / Nombre prévu	-Rapports de formations
<b>Assurer la mise à l'échelle des interventions de lutte contre les MTN (CTP, Gestion des cas, prévention des cas, etc.)</b>	<b>Atteindre des taux de couverture géographique de 100% et thérapeutique d'au moins 75 - 85% (selon les maladies) dans toutes les Aires de Santé sous chimiothérapie préventive de 2014 à 2020</b>	-Taux de couverture géographique (selon maladie ciblée)  -Taux de couverture thérapeutique (selon maladie ciblée)	-Rapports de traitement de masse pour les différentes maladies bénéficiant de la CTP
	<b>Prendre en charge au niveau communautaire moins 75% des cas de lymphœdème dépistés chaque année</b>	-Taux de prise en charge des cas de lymphœdèmes dépistés  -Nombre d'ASC formés / recyclés  -Ressources mobilisées en soutien à la prise en charge du lymphœdème	-Rapports d'activités  -Rapports financiers
	<b>Opérer au moins 25% des cas d'hydrocèle dépistés chaque année dans les zones d'endémie</b>	-Taux de prise en charge des cas d'hydrocèle dépistés  -Ressources mobilisées en soutien aux structures de santé  -Nombre d'agents formés / recyclés	-Rapports d'activités  -Rapports financiers de mobilisation de ressources  -Rapports de formations
	<b>Réduire la prévalence du trachome actif à un taux inférieur à 5% chez les enfants de 1 à 9 ans d'ici décembre 2020 dans toutes les Aires Sanitaires endémiques</b>	-Taux de prévalence TF/TI	- Rapports d'enquête d'impact
	<b>Réduire la prévalence du trichiasis trachomateux à un taux inférieur à 1% chez les adultes de plus de 14 ans d'ici décembre 2020 dans toutes les Aires de Santé endémiques</b>	-Taux de couverture en chirurgicale du trichiasis	-Rapports d'enquêtes d'impact
	<b>Réduire d'au moins 35% les nouveaux cas avec infirmité de grade 2 d'ici 2017, en prenant comme niveau</b>	-Pourcentage de mutilés chez les nouveaux cas  -Niveau de mobilisation de ressources	-Rapports d'activités  -Rapports financiers en faveur des services de santé de CUMURA

	de base le taux de 2010	<p>au profit des services de santé de CUMURA</p> <p>-Niveau de mobilisation de ressources au profit du Programme lèpre</p> <p>-Niveau de soutien assuré aux malades pour la prévention des complications</p>	-Rapports financiers au profit du Programme lèpre
	Atteindre le seuil d'élimination de la lèpre de 1 cas pour 10 000 habitants dans toutes les Aires Sanitaires endémiques d'ici 2020	<p>-Taux de prévalence annuelle par district</p> <p>-Taux de prévalence en fin d'année par district</p> <p>-Taux de détection</p> <p>-Taux de couverture en PCT</p> <p>-Taux de régularité</p> <p>-Pourcentage des enfants chez les nouveaux cas de lèpre</p> <p>-Pourcentage des femmes chez les nouveaux cas</p>	-Rapports d'activités
	Mettre en place progressivement des unités de sérovaccination dans les Régions selon la disponibilité de la chaîne de froid	-Nombre d'unités de sérovaccination implantées dans les Régions	<p>-Existence des unités</p> <p>-Rapport de création d'unité et d'allocation des différentes ressources requises</p>
	Prévenir la survenue de la rage humaine par la sérovaccination antirabique selon les normes et procédures chez les personnes mordues par animaux vecteurs (selon le risque)	-Nombre de personnes ayant bénéficié d'une sérovaccination appropriée	-Rapports d'activités
	Promouvoir la vaccination des canidés domestiques en collaboration avec les services vétérinaires	-Nombre d'animaux vaccinés par les services vétérinaires	-Rapports d'activités
	Assurer le suivi régulier du déparasitage des enfants d'âge préscolaire (6 mois-59 mois) avec la collecte et le partage des données	-Rapports de déparasitages semestriels collectés et diffusés	-Rapports de déparasitages des enfants
Mettre en place un plan IEC / Mobilisation sociale en soutien à la lutte contre les MTN	Mettre en œuvre un Plan de communication en direction des décideurs, des différents acteurs du système de santé, des partenaires et des leaders communautaires en	<p>-Existence d'un Plan de communication</p> <p>-Documents IEC produits</p> <p>-Activités IEC menées</p> <p>-Nombre de personnes des différentes catégories citées informées, sensibilisées, mobilisées</p>	<p>-Documents produits ou utilisés</p> <p>-Rapports d'activités avec cibles touchées</p>

	<b>faveur de la lutte contre les MTN</b>		
<b>Mettre en place un système de pharmacovigilance lors des interventions de traitements de masse intégré à la politique nationale existante</b>	<b>Développer un sous-système de pharmacovigilance en rapport avec les MTN comme partie intégrante du système national</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disponibilité des fiches de notification des effets secondaires liés aux prises de médicaments MTN</li> <li>-Nombre de cas d'effets secondaires bénins notifiés lors des campagnes de traitement de masse</li> <li>-Nombre de cas d'effets secondaires graves notifiés lors des campagnes de traitement de masse</li> <li>-Nombre de cas d'effets secondaires notifiés et correctement pris en charge/Nombre total</li> <li>-Nombre de cas d'effets secondaires notifiés lors des campagnes et pris en compte dans le système national</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rapport des campagnes de traitement de masse</li> <li>-Rapport du Système national de pharmacovigilance</li> </ul>
<b>Mettre à profit les interventions de lutte AV, d'Hygiène et d'Assainissement menées au profit de la lutte contre les MTN</b>	<b>Contribuer à la mise en œuvre des activités de l'initiative sous régionale de lutte intégrée contre les vecteurs et de renforcement des mesures Eau-Hygiène-Assainissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombre de rencontres sous régionales sur la LIV auxquelles a participé la coordination MTN</li> <li>-Nombres de rencontres nationales sur les sujets auxquelles a participé la coordination MTN</li> <li>-Taux de couvertures en MILDA</li> <li>-Couverture en latrines dans les aires sanitaires</li> <li>-Taux d'accès à l'eau potable</li> </ul>	-Rapports d'activités
<b>Mettre en place un mécanisme de supervision performante des interventions aux différents niveaux pour le contrôle et l'élimination des MTN</b>	<b>Renforcer la supervision intégrée périodique des activités de la lutte contre les MTN aux différents niveaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disponibilité d'un guide de supervision intégrée</li> <li>- Nombre de supervisions intégrées semestrielles effectuées par le niveau central/prévu</li> <li>-Nombre de supervisions intégrées au niveau régional et Aires de santé prenant en compte les MTN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Guide de supervision intégrée</li> <li>-Rapports de supervision</li> </ul>

Tableau 38 : Indicateurs de suivi / évaluation du Plan directeur (PS4)

<b>PS4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle du programme MTN</b>			
<b>Objectifs stratégiques</b>	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Moyens de vérifications</b>
<b>Mettre en place un système fiable de gestion des données des interventions pour un meilleur suivi de la performance des programmes</b>	Renforcer la gestion des données de tous les secteurs, Organisations de la société civile et institutions de recherche intervenant dans la lutte contre les MTN pendant toute la période de mise en	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disponibilité d'outils de collecte des données</li> <li>-Revue Techniques tenues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Outil intégré de collecte des données</li> <li>-Rapports de Revues</li> </ul>

	œuvre		
<b>Mettre en place un système de suivi – évaluation du Plan directeur de lutte contre les MTN</b>	Déterminer le niveau d'exécution du plan stratégique de lutte contre les MTN	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Réunions techniques sur le management des programmes MTN</li> <li>-Revue Technique Annuelle</li> <li>-Evaluation à mi-parcours du Plan directeur</li> <li>-Evaluation finale du Plan directeur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rapports de réunions</li> <li>-Rapports de Revues</li> <li>-Rapport d'évaluations</li> </ul>
<b>Mettre en place un système de surveillance épidémiologique des maladies ainsi que de l'évaluation d'impact des interventions</b>	Procéder à l'évaluation périodique des sites sentinelles et de contrôle des programmes de Chimiothérapie Préventive de Masse	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prévalence de la microfilariodermie dans les villages sentinelles oncho</li> <li>-CMFC</li> <li>-Prévalence de la FL par l'évaluation ICT</li> <li>-Prévalence de la microfilariémie nocturne au niveau des sites sentinelles</li> <li>- Prévalence des schistosomiasés et des géohelminthiasés au niveau des sites sentinelles</li> <li>-Taux de prévalence TF/TI</li> </ul>	-Rapports d'évaluations
	<b>Déterminer chaque année le taux d'infectivité des simulies capturées dans les bassins fluviaux du Rio Geba et du Rio Curubal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombre de sites de captures fonctionnels</li> <li>-Nombre de simulies capturées</li> <li>-Taux de parité des simulies capturées selon les saisons</li> <li>-Taux d'infectivité des simulies capturées</li> </ul>	-Rapports d'activités
	Procéder à l'évaluation de l'efficacité des interventions de prise en charge des cas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Taux de prise en charge des cas de lymphœdèmes dépisés</li> <li>-Nombre d'ASC formés / recyclés</li> <li>-Ressources mobilisées en soutien à la prise en charge du lymphœdème</li> <li>-Taux de prise en charge des cas d'hydrocèle dépisés</li> <li>-Ressources mobilisées en soutien aux structures de santé</li> <li>-Nombre d'agents formés / recyclés</li> <li>-Taux de couverture en chirurgicale du trichiasis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rapports d'activités</li> <li>-Rapports de formations</li> </ul>

<p><b>Promouvoir la recherche opérationnelle en faveur d'une bonne gestion de la lutte contre les MTN</b></p>	<p>Mettre en place un cadre de concertation et de soutien fonctionnel à la recherche opérationnelle contre les MTN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombre de thèmes de recherche opérationnelle sur les MTN identifiés</li> <li>-Nombre de protocoles de recherche élaborés</li>   <li>-Nombre d'activités de recherche menées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rapports de réunion technique</li> <li>-Rapports des chercheurs</li> <li>-Rapports des résultats de recherche</li> </ul>

## Quatrième partie : Budget

### V. BUDGET (Synthèse)

**PS 1 : 170 323 600 francs CFA ou 352 637 US\$ (6%)**

**PS2 : 62 040 080 francs CFA ou 128 447 US\$ (2%)**

**PS3 : 2 163 171 090 francs CFA ou 4 478 615 US\$ (80%)**

**PS4 : 294 070 000 francs CFA ou 608 841 US\$ (11%)**

**Total : 2 689 604 770 Francs CFA ou 5 568 540 US\$ (100%)**

**1 US = 483 Francs CFA**

**Tableau 39 : Présentation du budget selon les PS et les années**

Priorité stratégique	Budget (US\$)							Totaux US\$ et Francs CFA (%)
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
PS1 : Renforcer l'appropriation du programme par le gouvernement, le plaidoyer, la coordination, le partenariat et la collaboration multisectorielle	305 266	11 346	6 170	11 346	6 170	6 170	6 170	352 637 US\$ soit 170 323 600 francs CFA (6%)
PS2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la viabilité financière des programmes MTN	43 611	16 490	16 491	16 492	16 493	16 494	16 495	128 447 US\$ soit 62 040 080 Francs CFA (2%)
PS3 : Mettre à l'échelle l'accès aux interventions et le renforcement des capacités de prestation de service du système	904 351	910 191	522 757	770 798	455 114	460 290	455 114	4 478 615 US\$ 2 163 171 090 francs CFA (80%)
PS4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle du programme MTN	13 975	141 649	101 522	141 649	89 027	23 292	97 726	608 841 US\$ soit 294 070 000 francs CFA (11%)
Totaux en US\$ et %	1 267 203 (23%)	1 079 676 (19%)	646 940 (12%)	940 285 (17%)	566 804 (10%)	506 246 (9%)	575 505 (10%)	5 568 540 US\$ (100%)
Totaux en Francs CFA	612 059 412	521 483 612	312 471 778	454 157 928	273 766 134	244 516 617	277 968 767	2 689 604 770



## **VI. Documents ANNEXES**