République de Guinée

……..

Ministère de la Santé

……..

Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire

……..

PLAN DIRECTEUR DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES EN GUINÉE (2017- 2020)

DRAFT

Février 2017

TABLE DE MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS …….....3
INTRODUCTION…… 5
PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION
1.1. Contexte général …… ……7
1.1.1 Situation géographique ……......7
1.1.2 Situation démographique ……..……...8
1.1.3 Situation Socio-économiques……...8
1.1.4 Situation socio-culturelle …… 9
1.1.5. Situation politique et administrative …… 10
1.1.6. Approvisionnement en eau potable et assainissement ……11
1.1.7. Comportements, coutumes et attitudes …….. 11
1.1.4 Transports et Communication…….. 11
1.2 Analyse du Système de Santé ……..…..13
1.2.1 Objectifs et Priorités du Système de Santé……13
1.2.2 Analyse du Système de Santé dans son ensemble……..14
1.3 Analyse de la Situation des MTN……..…..23
1.3.1 Epidémiologie et Charge de la maladie……..…23
1.3.2 Mise en Œuvre du Programme de lutte contre les MTN……..…30
1.3.3 Lacunes et Priorités …… 38
1.3.4. Analyse FFOM …….... 40

DEUXIEME PARTIE : PROGRAMME STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LES MTN

2.1 Vision …… 45
2.2. Mission …… 45
2.2 Principes Directeurs et Priorités Stratégiques…….. 45

TROISIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL

3.1 Mise à l'échelle de l'accès aux interventions, des traitements et des capacités de prestation de service des programmes MTN…… 47
3.1.1. Mise à l'échelle des activités de CTP ……47
3.1.2. Buts, objectifs, stratégies et cibles des programmes MTN 48
3.2. Activités …… 49
3.3. Suivi et évaluation …….. 60
3.4. Financement des programmes MTN…… 61

QUATRIEME PARTIE : CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN OEUVRE

4.1. Comité National …… 62
4.2. Comité de pilotage …… 63

ANNEXE (Budget)

SIGLES ET ABREVIATIONS

ALB : Albendazole

APOC: African Program for Onchocerciasis Control

ART. Appréciation Rapide du Trachome

CHANCE : Chirurgie, Antibiothérapie, Nettoyage du visage, Changement de l'Environnement

CMFL : Charge microfilarienne communautaire

CO : Opacité Cornéenne

CTP : Chimiothérapie préventive

DC : Distributeurs Communautaires

DMM : Distribution de Masse de Médicament

DNLP : Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire

DNS : Direction Nationale de la Statistique

DRSP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

EDSG : Enquête Démographique et de Santé en Guinée

FG : Franc Guinéen

HKI : Helen Keller International

IEC : Information Education et Communication

MBZ : Mébendazole

MILDA : Moustiquaires Imprégnées d'insecticides à Longue Durée d'Action

MTN : Maladies Tropicales Négligées

NPCSP : Programme National de prise en Charge sanitaire et de prévention

OCP : Onchocerciasis Control Programme

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMVS : Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal

ONG : Organisation Non-Gouvernementale

OOAS : Organisation Ouest Africaine de la Santé

OPC : Organisation pour la prévention de la cécité

PASE : Programme d'Ajustement Sectoriel de l'Education

PCC : Prise en charge des cas

PCG : Pharmacie Centrale de Guinée

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PEV/SSP/ME : Programme Elargi de Vaccination/ Soins de Santé Primaire/ Médicaments Essentiels

PNLOC : Programme National de lutte contre l'Onchocercose et la Cécité

PQZ : Praziquantel

RGPH : Recensement Général de la Population et de L'Habitat

SIZ : Spécial Intervention Zones

SNIGS : Système National d'Information et de Gestion Sanitaire

SNSSU : Service National de Santé Scolaire et Universitaire

TA : Trachome Actif

TF : inflammation Trachomateuse Folliculaire

TI: inflammation Trachomateuse Intense

TIDC : Traitement par Ivermectine sous Directives Communautaires

TS: Trachome Cicatriciel

TT: Trachome Trichiasis

UNICEF: United Nations Children's Fund

INTRODUCTION

La Guinée a une tradition d'organisation de son système de santé basée sur les soins de santé primaires avec comme unité opérationnelle le district sanitaire depuis trente ans. Toutefois, ce système de santé s'est progressivement détérioré depuis une quinzaine d'années sous l'effet de facteurs liés à l'instabilité socio-politique récurrente dans la sous-région (conflits armés dans les pays voisins, afflux de réfugiés, etc.), à la multiplicité et la non convergence des initiatives globales ayant entrainé la fragmentation du système de santé dans un contexte d'affaiblissement de la gouvernance et d'altération du tissu socioéconomique.

Au cours des quinze (15) derniers mois, ce système de santé déjà affaibli a été confronté à une crise sanitaire majeure, à savoir l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) ayant eu comme conséquence une aggravation des difficultés auxquelles il a été jusque-là confronté. Cette situation a profondément altéré l'état de santé de la population guinéenne tout en exacerbant le ralentissement du développement socioéconomique du pays.

Compte tenu de la situation socio-économique et sanitaire actuelle, le Ministère de la Santé (MS), avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) s'est engagé dans un processus de relance du système de santé. Ce processus comprend l'accélération de la révision de la Politique Nationale de Santé (PNS), le développement d'un nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2015-2024) et d'un plan de relance du système de santé.

Ce nouveau PNDS est bâti autour de trois orientations stratégiques à savoir : (i) Le renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence ; (ii) La promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées et (iii) Le renforcement du système national de santé.

Dans le cadre la lutte contre la maladie, un accent a été mis sur les maladies prioritaires, et en particulier les maladies tropicales négligées.

Ces maladies, qui sont fréquentes en Guinée comprennent : les maladies à chimio-prévention (onchocercose, filariose lymphatique, trachome, schistosomiase et géo-helminthiases), et des maladies à prise en charge des cas (lèpre, THA et Ulcère de Buruli).

Dans le cadre de la lutte contre ces MTN, Un plan stratégique a été élaboré en 2010 pour la période 2011-2015. Ce plan a permis d'intensifier les actions de lutte contre ces maladies avec des résultats encourageants.

En tenant compte des nouveaux défis mondiaux fixés par l'OMS pour le contrôle, l'élimination et l'éradication des MTN, le présent document constitue une version révisée du plan directeur de lutte contre les MTN pour la période 2016-2020 et qui s'articule autour de quatre parties :

I. L'analyse de la situation
II. L'agenda stratégique
III. Le cadre opérationnel de mise en œuvre
IV. L'estimation et la justification du budget

Sa rédaction sera possible grâce à la participation des cadres du Ministère de la Santé et de ses partenaires qui sont les acteurs au quotidien de la lutte contre les MTN en Guinée. Les informations collectées seront fournies sur la base d'études et des rapports existants des activités réalisées dans la période 2011-2015.

La mise en œuvre efficace de ce plan va requérir la mobilisation des ressources nécessaires et l'implication de tous les acteurs : Etat, Partenaires bilatéraux et multilatéraux, ONG, Société Civile et Communautés bénéficiaires.

PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION

1.1. CONTEXTE GENERAL

1.1.1. Situation géographique

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale. Elle est limitée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Libéria et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'Est en Ouest et 500 km du Nord au Sud. Sa superficie totale est de 245 857 km². Son climat est de type tropical alternant une saison pluvieuse et une saison sèche d'environ six mois chacune. Ce climat expose le pays à des risques permanents d'inondation, mais aussi à l'harmatan, des incendies en saison sèche particulièrement en Haute Guinée. Le pays donne naissance aux principaux cours d'eau de la sous-région : le fleuve Konkouré, le fleuve Kolenté, le fleuve Niger, le fleuve Sénégal, le fleuve Lofa et le fleuve Gambie.

La Guinée comprend quatre régions naturelles qui sont : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée forestière.

La Basse Guinée est une région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et qui se caractérise sur le plan climatique par de fortes précipitations variant entre 3 000 et 4 000 mm d'eau par an avec une humidité élevée.

La Moyenne Guinée, région de massifs montagneux couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles entre 1 500 et 2 000 mm d'eau par an avec un climat semi-tempéré.

La Haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays. Le niveau des précipitations varie entre 1 000 et 1 500 mm d'eau par an avec un climat chaud et sec.

La Guinée forestière est un ensemble de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national, caractérisée par une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3 000 mm par an avec un climat humide.

1.1.2. Situation démographique

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014 la population guinéenne est de10.628.972 d'habitants avec une densité d'environ 43 habitants au km^2. Sur la base du taux d'accroissement naturel, la population guinéenne sera de 14 423 741 habitants en 2024. Les femmes représentent près de 52% de la population. La majorité de la population est jeune (44% sont âgés de moins de 15 ans) et vit en milieu rural (70%) presque exclusivement de l'agriculture et de l'élevage. La démographie est marquée par de fortes disparités régionales : Haute Guinée (24,9%), Basse Guinée (21,8%), Moyenne Guinée (19,3%), Guinée Forestière (18,3%) et la zone spéciale de Conakry (15,7%) de la population totale[1]. Seulement, 4% des guinéens ont plus de 65 ans et la taille moyenne des ménages est de plus de 6 personnes.

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

1.1.3. Situation socio-économique

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

La croissance économique, estimée à 3,9% en 2011, impulsée principalement par l'augmentation de la production agricole et de la bonne tenue du secteur secondaire a perdu 2 points en 2015, suite à la survenue de la MVE.

Les recettes fiscales exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) ont augmenté de 16,8% à 19,8%, grâce à l'accroissement des recettes sur les produits pétroliers et des recettes sur le commerce international.

---

1 MP, Bulletin de Population et Développement, 2012

2 PNUD, RMDH 2010.

Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le Budget national a continué de baisser depuis plusieurs années. Les dépenses exécutées en faveur des secteurs de la santé et de l'éducation sont passées de 18,9% du budget total en 2010 à 13,5% en 2011 et 10,2% en 2012. La part de la santé a représenté 2,4% du budget total en moyenne sur la période 2010-2012[3] , ce qui a fortement affecté la qualité et l'offre de soins de santé.

Le pays dispose d'importantes ressources naturelles. En dépit de ses énormes potentialités naturelles, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde. En 2012, elle a occupé le 178ème rang sur 186 pays[4] à l'indice de développement humain durable (IDH).

1.1.4. Situation socio-culturelle

Le Taux Brut de Scolarisation au primaire (TBS) est en hausse passant de 78,3% en 2009/2010 à 80% en 2010/11 et 81% en 2012. Le TBS des filles est passé de 70,1% à 73,5%[5] dans la même période. Le taux brut d'achèvement est de 44% pour les filles et 56% pour les garçons. Le taux brut d'abandon au primaire est de 8% en moyenne avec 13% pour les filles et 6 % pour les garçons. Il est de 94% chez les filles à Conakry contre 26 % dans la région de N'Zérékoré.

Selon l'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté (ELEP) de 2008, le taux d'alphabétisation[6] est de 34,5% pour l'ensemble du pays, 49,9% et 21,5% respectivement pour les hommes et les femmes.

Les problèmes liés à l'efficacité interne et la qualité de l'éducation rendent la situation plus alarmante. En effet, le ratio élève / maître est demeuré très élevé (60) surtout en zones urbaines (120 à 150) créant des situations de classes pléthoriques et rendant l'administration des enseignements inefficaces. Le ratio livre/élève est également très faible rendant l'administration des apprentissages difficiles.

En effet, en 2012, le ratio élèves/livre de Français était de 1,23 pour le CP ; 1,13 pour le CE et 1,92 pour le CM.

---

3 *3 DRSPIII, 2012*

4 PNUD, Rapport Mondialsur le DéveloppementHumain, 2012

5 MP, Bulletin de Population et Développement, 2012

6MP, 'EnquêteLégère pour l'Evaluation de la Pauvreté, 2012

Pour la même année, le ratio élèves/livre de calcul était respectivement pour les mêmes sous-cycles, de 1,06 ; 1,17 et 1,47. Cette situation a un impact négatif sur la préparation de l'examen d'entrée en 7ème année. Il est donc urgent de doter les élèves de livres qui constituent un intrant très important pour la qualité de l'éducation. Le ratio hommes/femmes enseignants est inégal dans l'enseignement primaire (0,35).

Le système éducatif est conduit avec des méthodes d'enseignement qui restent frontales, non adaptées à l'évolution économique et sociale du pays et qui ne conviennent pas lorsque les enseignants doivent gérer un éventail de plus en plus élevé et diversifié d'élèves. Ces pratiques pédagogiques, conjuguées aux facteurs ci-dessus indiqués, amènent à des résultats médiocres en termes d'apprentissage.

Par ailleurs, l'offre d'éducation primaire ne permet pas de répondre à la demande accrue. On constate encore des disparités régionales dans l'accès et des groupes d'enfants restent hors de l'école. Il s'agit le plus souvent d'enfants vulnérables (notamment les enfants handicapés). Enfin, le secteur privé prend une place de plus en plus importante dans le secteur de l'éducation, notamment à Conakry. Ce qui contribue à exclure les enfants des pauvres du système éducatif. En effet, en 2012, au plan national, le privé abritait 30% des salles de classe. Au niveau des régions, le privé est plus présent à Conakry (79,3%), Kindia (30,1%) et Kankan (18%).

La Guinée, comme la plupart des pays africains est confrontée à des problèmes majeurs de santé mentale liés à la toxicomanie, car la consommation de la drogue est devenue fréquente chez les adolescents et les jeunes. Dans les établissements scolaires 17% des effectifs consomment le tabac alors qu'à l'échelle nationale, 57% de la population sont des fumeurs[7].

1.1.5. Situation politique et administrative

Au plan politique, la Guinée s'est engagé dans un processus démocratique qui garantit les libertés et les droits fondamentaux dont le droit à la santé (article 15 de la constitution). La Guinée compte 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée spécifique. Le pays compte 33 préfectures, 39 communes urbaines parmi lesquels 6 à Conakry dont l'île de Kassa et 304 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1 615 districts ruraux. La structure organisationnelle du système de santé est calquée sur

7Enquêtesur le tabagismeen milieu scolaire (Avril 2001), Guinée

le découpage administratif et comprend 8 régions et 38 districts sanitaires (cf. PRRSSG).

1.1.6. Approvisionnement en eau potable et assainissement

Les conditions d'habitat sont globalement précaires caractérisées par la vie dans des abris ne répondant pas aux normes d'hygiène requises. En moyenne, on note 3 personnes pour 10 m² de surface habitable. En zones urbaines, 60 % des ménages vivent dans des foyers communs. 75% de la population guinéenne ont accès à une eau de boisson de source améliorée (92% en milieu urbain et 65% en milieu rural). 21% de la population totale (35% en milieu urbain et 11% en milieu rural) utilisent des latrines améliorées non partagées. 25% de la population nationale utilisent la nature pour la défécation[8].

Les écoles et les formations sanitaires sont dans une situation précaire en termes d'accès aux sources d'eau potable, dispositifs de lavage de mains et aux toilettes améliorées.

1.1.7. Comportements, coutumes et attitudes

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'information de la population sur la plupart des maladies transmissibles.

1.1.8. Transport et communication

a) Le principal mode de transport utilisé en Guinée est le transport par voie routière. Le réseau routier malheureusement est en grande majorité défectueux, ce qui ne facilite pas l'accès aux services de soins. Le transport maritime et fluvial est aussi utilisé, mais l'accès à de nombreuses îles reste encore un épineux problème. Le réseau portuaire est constitué du port autonome de Conakry et de celui de Kamsar. Conakry dispose d'un aéroport international et quelques petits aérodromes inexploités existent à l'intérieur du Pays.

b) La politique de développement du secteur des transports vise à satisfaire les besoins de transport à moindre coût pour les populations tout en assurant une qualité du service ainsi qu'une sécurité acceptable.

[8] JMP 2014

En plus des efforts qui viennent d'être réalisés par le Gouvernement par la mise en place d'un embryon de transports routiers dans la ville de Conakry et la réhabilitation du train de banlieue à travers la mise en circulation de Conakry-Express, il est envisagé la réhabilitation du réseau ferroviaire de haute ligne Conakry-Kankan distant de 662 km et ensuite Kankan-Kérouané (dans le cadre de la Convention signée avec les miniers).

Tableau 1 : Distances inter-préfectorales :

Distances Inter-Préfectorales de la République de Guinée
Grille kilométrique
Distances

	Conakry	Beyla	Boffa	Boké	Dabola	Dalaba	Dubréka	Dinguiraye	Coyah	Faranah	Forécariah	Fria	Gaoual	Guéckédou	Kankan	Kérouané	Kindia	Kissidougou	Koubia	Koundara	Kourroussa	Labé	Lélouma	Lola	Macenta	Mali	Mamou	Mandiana	Nzérékoré	Pita	Siguiri	Télimélé	Tougué	Yomou
Conakry	0																																	
Beyla	950	0																																
Boffa	150	1024	0																															
Boké	300	1178	154	0																														
Dabola	430	520	504	658	0																													
Dalaba	325	725	399	553	205	0																												
Dubréka	50	837	96	180	283	274	0																											
Dinguiraye	545	635	619	773	115	320	400	0																										
Coyah	50	300	124	278	380	275	46	495	0																									
Faranah	460	629	534	688	92	235	337	224	410	0																								
Forécariah	100	950	174	328	430	325	108	545	50	460	0																							
Fria	160	1040	92	250	520	415	93	635	140	550	190	0																						
Gaoual	485	990	339	185	470	265	367	585	356	500	513	431	0																					
Guéckédou	674	280	748	902	323	449	528	438	624	214	674	764	714	0																				
Kankan	690	260	764	918	260	465	555	375	640	328	690	780	730	275	0																			
Kérouané	835	115	909	1063	405	415	631	520	785	473	835	875	875	420	175	0																		
Kindia	137	813	211	365	293	188	97	408	87	325	137	227	453	537	553	698	0																	
Kissidougou	601	360	668	822	243	369	469	358	544	139	594	684	634	93	190	340	457	0																
Koubia	475	875	549	703	355	150	507	470	425	385	475	565	235	599	615	760	338	519	0															
Koundara	680	1080	456	296	560	355	445	675	465	590	680	630	111	804	820	965	523	724	325	0														
Kourroussa	595	355	669	823	164	370	469	280	545	274	595	685	635	370	92	240	458	208	520	725	0													
Labé	431	915	489	643	295	93	394	410	365	325	415	505	175	539	555	700	278	459	60	265	460	0												
Lélouma	485	885	559	713	365	160	485	480	435	395	485	575	245	609	625	770	348	529	130	335	530	70	0											
Lola	999	175	1199	1353	695	900	797	810	1075	504	964	1054	1004	290	435	290	827	370	889	1094	530	889	899	0										
Macenta	801	180	848	1002	423	549	676	655	920	314	774	864	814	100	280	100	637	180	699	904	375	639	709	190	0									
Mali	557	935	609	763	415	210	548	530	485	445	535	625	295	659	675	820	396	578	180	385	580	120	190	949	759	0								
Mamou	275	675	349	503	155	50	274	270	225	190	275	365	315	395	415	560	138	319	200	405	320	140	210	689	499	260	0							
Mandiana	775	345	849	1003	345	550	685	460	725	413	775	865	815	365	85	230	638	280	700	905	180	640	710	520	365	760	500	0						
Nzérékoré	954	125	1159	1313	655	860	768	770	1035	464	924	1014	964	256	395	250	787	330	849	1054	490	789	859	45	147	909	649	480	0					
Pita	396	775	449	603	255	50	380	370	325	285	375	465	215	499	515	660	238	419	100	305	420	41	110	789	599	160	100	600	910	0				
Siguiri	771	390	894	1048	390	595	796	505	770	458	820	410	860	705	134	275	683	325	745	950	225	685	755	565	410	805	545	215	525	645	0			
Télimélé	265	950	348	502	480	325	272	545	224	460	274	364	130	674	690	835	137	594	475	249	595	415	485	964	774	535	275	775	924	375	320	0		
Tougué	521	900	574	729	380	175	539	555	450	410	500	590	260	624	640	885	363	544	145	350	345	85	115	914	724	205	225	725	874	125	770	500	0	
Yomou	1029	200	1224	1378	720	925	814	835	1100	529	989	1079	1029	315	460	315	852	395	1214	1119	555	854	924	105	215	974	714	545	75	814	590	1150	1180	0

Le réseau de télécommunication a connu une expansion rapide avec plusieurs opérateurs ces dernières années. On note une couverture de 100% des chefs-lieux de districts sanitaires. La quasi-totalité des sous-préfectures sont aussi couvertes par au moins un opérateur téléphonique. Chaque centre de santé dispose au moins d'une flotte téléphonique pour la transmission des informations sanitaires (Ministère de la santé et partenaires). Dans le cadre du renforcement de la surveillance à base communautaire, il a été mis en place de flottes téléphoniques sur l'ensemble du pays suite à l'épidémie de la maladie à virus Ebola. Le réseau internet se développe dans le cadre des NTIC. Tous les chefs-lieux de région et des districts sanitaires sont couverts par l'internet.

Un réseau de radios rurales et communautaires en pleine expansion, en plus de la radiotélévision nationale, couvre tout le territoire national. Ce réseau est renforcé par

les radios privées dont la couverture est encore limitée à Conakry et à quelques régions.

Les lieux de rassemblements sociaux et religieux constituent aussi des moyens utilisés pour l'information et l'éducation de la population.

1.2. Analyse de la situation du système de santé

Le système de santé est basé sur la politique nationale de santé et le plan national de développement sanitaire 2015 – 2024. La première tranche de la mise en œuvre de ce plan de développement sanitaire est le plan de relance et de résilience du système de santé 2015 – 2017.

1.2.1. Objectifs et priorités du système de santé

2.1.1. Objectif Général

Améliorer l'état de santé de la population guinéenne

2.1.2. Objectifs stratégiques

- Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgences
- Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie
- Améliorer la performance du système national de santé.

Liens avec le PNDS 2015 – 2024

Le Plan de développement sanitaire dans son objectif stratégique1 décline la composante stratégique liée aux maladies transmissibles qui est une description partielle de la composante état de santé. Elle décrit la situation épidémiologique des principales maladies prioritaires qui sont :

- ✓ Le **paludisme** dont la prévalence reste encore élevé avec une parasitémie supérieure ou égale à 44% chez les enfants[9]. Cette pathologie représente 40,82% des consultations et 45,30% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques et 36% des causes de décès hospitaliers sont dues au paludisme grave. C'est la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

[9] **EDS 2012**

- ✓ Le **VIH/SIDA** demeure un problème de santé publique avec une prévalence stable de 1,7% en 2012[10]. L'épidémie de VIH/SIDA est de type « généralisée ».
- ✓ La **Tuberculose**, de 178 TPM+ pour 100.000 habitants, reste encore élevée avec sa double charge de coïnfection avec le VIH/SIDA.
- ✓ Autres **maladies transmissibles** :
    - Infection respiratoire aigüe (6%) et épisode diarrhéique (16%) chez les enfants de moins de 5 ans
    - choléra,
    - Méningite,
    - Rougeole.
- ✓ Les maladies tropicales négligées sont le trachome, la filariose lymphatique, la schistosomiase, les géo helminthiases, l'onchocercose, l'ulcère de Buruli, la trypanosomiase humaine Africaine et la lèpre.

1.2.2. Analyse du système de santé dans son ensemble :

Etat de santé de la population

Tableau 1: Données démographiques, socio sanitaires et économiques

Superficie	245.857km
Population Totale en 2014 (RGPH, 2012)	10.628.972 habitants
Population Urbaine	28% (estimation 2008) **
Population de moins de 15 ans	43,23% (estimation de 2012) **
Densité	41,42hab/km^2
Taux d'accroissement annuel moyen de la population	2,38 %**
Espérance de vie à la naissance (EDS IV, 2012)	58,9 ans
Taux d'alphabétisme global des adultes (ELEP, 2008)	34,5%
PIB par habitant	Inferieur a 556$*[1]
Indicateur de développement Humain (IDH)	0,456*
Classement sur la base de l'IDH (2012)	178ème /186 pays*
Taux de mortalité des enfants < 1 ans (EDSG IV2012)	67‰
Taux de mortalité des enfants < 5 ans (EDSG IV2012)	123‰
Taux de mortalité maternelle (EDSG IV2012)	724/100.000 NVs

10 EDS 2012

[1] En 2009, la croissance économique a été négative se situant à -0,3%, alors qu'elle était de 1,9% alors que l'accroissement de la population est de 3,1% par an. En 2010, le déficit du budget de l'Etat s'est situé à -14,4% du PIB et a été essentiellement financé par la planche à billets, entrainant une inflation monétaire qui est passée de 7,9% en Décembre 2009 à 20,9% en Décembre 2010, avec des réserves de change inférieur à 2 mois d'importations.

Prévalence de la Tuberculose (2005)	178 TPM+ pour 100.000 habitants
Proportion d'accouchements assistés (EDS IV, 2012)	45% en 2012
Taux de césarienne (Annuaire 2008 de gestion des Hôpitaux)	1,54%[2]
Nombre de contacts/habitant/an (Annuaire 2008 stat sanitaires – MS-HP)	0.3
Enfants de 12-23 mois complètement vaccines	37%
Couverture CPN 1 (EDS IV, 2012)	85%
Couverture en CPN 4 (EDS IV, 2012)	57%
ISF (EDS IV, 2012)	5.1
Dépenses sanitaires (% PIB), 2006 (DSRP 2007)	0,40%
% de Ménages vivants au-dessous du seuil de Pauvreté	49,2% (DRSP1-2002) ; 53,4% (EICB 2006) ; 58% (DSRP3 - 2010) ****

Sources : * PNUD Rapport Mondial sur le Développement Humain 2009, ** Ministère du Plan et de la Coopération-Guinée : INS, Septembre 2009, 2012 (www.statguinee.org/index.htm), *** Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008

Malgré les diminutions observées, la mortalité maternelle et infanto juvénile restent encore très élevées. En effet de 2005 à 2012[11], la mortalité maternelle est passée de 980 à 724

pour 100.000 naissances vivantes, la mortalité infanto-juvénile est passé de 163‰ à 123‰.

Sur le plan épidémiologique, les principales causes de morbidité et de mortalité sont liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique et les maladies évitables par la vaccination.

Organisation globale du système de santé

La structure organisationnelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé est définie par le décret n° D/2011/061/PRG/SGG du 2 mars 2011 portant organisation et attribution du Ministère de la Santé. Le système de soin guinéen est divisé en sous-secteurs public et privé.

Organisation du sous-secteur public de la santé

Le sous-secteur public est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet: le poste de santé, le centre de santé, l'hôpital préfectoral, l'hôpital régional, et l'hôpital national. Par niveau on distingue:

[2]Selon l'EDS3, la moyenne nationale était de 1,7 (2% à Conakry et dans certains centres urbains mais a peine 1% dans certains Préfectures).

[11]EDS III 2005 & EDS IV 2012

- Le niveau périphérique ou District Sanitaire comprend les Postes de Santé, les Centres de Santé et les Hôpitaux Préfectoraux ou Communaux. La gestion du système de santé de district incluant la coordination des interventions est assurée par la Direction Préfectorale de la Santé (DPS). C'est le lieu d'application des directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé et des interventions des programmes spécialisés.

  La Direction préfectorale de la santé (DPS) assure la Gestion Administrative des services de santé ;

  L'Hôpital préfectoral assure la Gestion des Services hospitaliers et des soins.

  L'instance de suivi et de Coordination au niveau du District de santé est le Comité Technique Préfectoral de Santé (CTPS) qui se tient une fois par semestre (les mois de Juillet et Janvier de l'année suivante).

- Le niveau intermédiaire ou Région Sanitaire est constitué de l'Hôpital Régional. La Direction Régionale de la Santé impulse et coordonne les programmes spécialisés intervenant dans la région sanitaire. Elle est responsable du suivi, de la coordination, la formation, la gestion et Evaluation des Services et programmes de santé au niveau des Districts de santé et Hôpitaux préfectoraux de la Région sanitaire relevant de sa juridiction.

  Elle organise 2 fois par an le Comité Technique Régional de Santé (CTRS) qui est l'instance de suivi et de Coordination au niveau régional.

- Le niveau central est composé des Hôpitaux Nationaux et des programmes spécialisés.

Le Ministère de la Santé assure le pilotage de l'ensemble du système à travers la mise en œuvre et le suivi de l'atteinte des objectifs de la Politique Nationale de Santé.

Tableau 2 : Structures publiques de soins

Typologie	**Nombre**
Poste de santé fonctionnel	925
Centre de santé	410
Centre médico-communal	9
Hôpital préfectoral	26

Hôpital régional	7
Hôpital national	3

Source: Annuaire 2012 statistiques sanitaires (PEV/DNEHS/MS-HP)

Organisation du sous-secteur privé

Le sous-secteur privé comprend d'une part, les structures médicales, et d'autre part, les structures biopharmaceutiques. Dans la typologie du sous-secteur médical, on distingue le cabinet de soins infirmiers ou de sages-femmes, le cabinet de consultations médicales, et la clinique. En ce qui concerne les structures pharmaceutiques et biomédicales, elles sont composées des points de vente, des officines privées, des sociétés grossistes, et des laboratoires d'analyses biomédicales qui se répartissent comme suit :

Tableau 3: Structures privées (toutes catégories confondues)

Typologie	**Nombre**
Cliniques	41
Cabinets médicaux	106
Cabinet Dentaire	17
Cabinets de Sages-femmes	16
Cabinets de soins infirmiers	152
Centre d'exploration médicale	4
Centre de santé associatif et confessionnel	35

Source: MS, Annuaire 2012 statistiques sanitaires

Le sous-secteur informel se développe rapidement et de façon peu contrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponibles les services de santé, les tarifs appliqués sont très variables et non contrôlés, et surtout peu d'informations sont disponibles sur le niveau de qualité de ces services.

Gouvernance et leadership

En matière de gouvernance, un certain nombre d'atouts sont relevés. Il s'agit entre autres de l'existence d'un cadre juridique, institutionnel et organisationnel du Ministère de la Santé avec un manuel de procédures, des organes et mécanismes de redevabilité du secteur (CCSS, CTC, CTRS, CTPS). Au-delà de ces éléments, le processus de décentralisation et de déconcentration en cours offre des opportunités pour l'amélioration de la redevabilité et un renforcement effectif de la participation communautaire et de la collaboration intersectorielle.

Ressources humaines

L'effectif total des personnels de santé (public et privé) était en fin 2011, de 11.529

travailleurs, dont 84% de professionnels et 16% de non-professionnels[12]. Les infirmiers brevetés représentent 47% du total, les infirmiers diplômés d'Etat 16%, les sages-femmes 6%, les techniciens de laboratoire 2% et les médecins 14%. La densité des professionnels de santé dont la formation initiale et continue est par ailleurs souvent inadéquate est inférieure à la norme régionale de l'OMS et la répartition de ces ressources est très inégale (17% des professionnels de la santé du secteur public servent dans les zones rurales pour couvrir 70% de la population du pays). Cette situation a aggravé la méfiance des populations vis-à-vis des services de santé conduisant à une utilisation préférentielle des tradithérapeutes et des cabinets médicaux non intégrés au système.

Infrastructures et équipements

Le pays ne compte que 410 centres de santé et 33 hôpitaux de districts. Cette faible densité en infrastructures sanitaires entraine que 50% de la population doit parcourir plus de 5 km pour atteindre un centre de santé, où très souvent les équipements de base, les médicaments essentiels et les autres produits de santé manquent cruellement. Cette situation contribue à la faible attractivité des services de santé telle qu'observée lors de l'épidémie de maladie à virus Ebola.

De même, la très faible densité en laboratoires d'analyse biomédicale a joué un rôle dans le retard d'établissement des premiers diagnostics. Cette faiblesse du secteur public n'est compensée ni par un secteur privé performant, ni par des services à base communautaire efficaces.

Système national d'information sanitaire et recherche

La collecte des données de routine est effectuée à travers un système de rapport en cascade : enregistrement quotidien de données, puis synthèse mensuelle pour les centres de santé (CS) et les Hôpitaux Préfectoraux et Régionaux, aboutissant à l'élaboration d'un rapport mensuel pour les DPS ou les DCS et les Directions des hôpitaux selon le cas. Les hôpitaux nationaux transmettent des rapports trimestriels. La participation des structures de santé privées reste encore faible dans le système d'information. Il en est de même des données liées à la médecine traditionnelle, à la médecine du travail, et à la santé mentale et scolaire.

12 Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, juillet 2012

La schématisation du circuit de l'information indique un dispositif très centralisé et unidirectionnel peu compatible avec la notion prônée de transfert des compétences dans le cadre de la décentralisation. En dehors du système de routine, il existe d'autres sources importantes qui permettent au secteur de la santé de disposer de l'information. Il s'agit des EDS, des enquêtes MICS, du recensement général de la population, et des enquêtes de suivi de la mise en œuvre des interventions.

Le niveau opérationnel collecte et renseigne les activités liées essentiellement à la mise en œuvre du PMA et du PCA. La complétude est généralement bonne. La promptitude reste faible en raison des difficultés dans la communication entre les structures périphériques et les structures centrales. Au niveau central, la production des annuaires statistiques reste faible (le dernier annuaire date de 2012).

Financement de la santé

En Guinée les dépenses de santé par habitant et par an sont de 26 USD. Le financement du secteur de la santé par le budget national de développement est très faible et a diminué ces dernières années pour atteindre 1,75% en 2013 et est largement en dessous de l'objectif d'Abuja de 15%. Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le budget national, a continué de baisser depuis plusieurs années. Les dépenses exécutées en faveur des secteurs de la santé et de l'éducation sont passées de 18,9% du budget total en 2010 à 13,5% en 2011 et 10,2% en 2012. La part de la santé a représenté 2,4% du budget total en moyenne sur la période 2010-2012 ce qui a fortement affecté la qualité et l'offre de soins de santé.

Cette situation entraîne un sous-financement généralisé des structures de santé du secteur public, en particulier au niveau des districts sanitaires qui ne reçoivent pas régulièrement de budget de fonctionnement et dépendent donc essentiellement des mécanismes de recouvrement de coûts.

En conséquence, les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 63% des dépenses de santé. Les partenaires techniques et financiers contribuent à hauteur de 28% des dépenses de santé et l'Etat couvre les 9% restant. Cette structure de financement de la santé met l'accent sur le fait qu'en cas de crise, la population ne dispose plus de ressources financières pour couvrir les nouveaux besoins apparus suite à cette crise.

Conformément à l'organisation du système de santé au niveau du secteur public, un paquet minimum d'activités (PMA) est défini pour les PS et les CS. De même, il existe un paquet complémentaire d'activités définis pour les hôpitaux préfectoraux ainsi que pour les hôpitaux nationaux et régionaux.

L'offre de soins est globalement caractérisée par une insuffisance de structures fonctionnelles notamment en zone rurale et même dans certaines zones urbaines, et par une inégalité dans la répartition entre préfectures du pays. L'offre de soins par le public est renforcée par l'offre au niveau du sous-secteur privé. On note que 52% des structures privées de soins sont localisées en 2007 à Conakry. Dans les cinq directions communales de la santé de Conakry, le nombre de structures d'offre de soins par le secteur privé est relativement plus important que celui offert par le public.

Produits et technologies de santé

Les produits médicaux sont gérés dans un cadre de référence dénommé Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) révisée en 2007. Sur le plan institutionnel, l'administration pharmaceutique est assurée au niveau central par une Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires qui joue le rôle d'autorité de régulation, avec pour organes et institutions d'appui le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments, l'Ordre National des Pharmaciens et la Commission Nationale du Médicament.

Le sous-secteur pharmaceutique public est constitué de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), des Pharmacies des hôpitaux publics et des points de vente des formations sanitaires de base. Le sous-secteur privé pharmaceutique est constitué par une unité de production de ME génériques, deux unités de production de médicaments à base de plantes médicinales, cinquante sociétés grossistes répartiteurs (toutes basées à Conakry), 408 officines agréées (dont 348 dans la capitale), 40 points de vente privés, 34 agences de promotion enregistrées.

Déterminants de santé

Le faible niveau d'instruction (33% de femmes et 60% d'hommes) et le faible niveau de revenu ainsi que la persistance de tabous socioculturels favorisent la réticence aux changements de comportements favorables à la bonne santé des populations.

La faible couverture en eau potable (75% en général et 65% en milieu rural), en installations sanitaires salubres (56% en général et 29% en milieu rural) et en habitats décents, ainsi que l'insuffisance d'hygiène individuelle et collective, la pollution de l'environnement et les effets du changement climatique sont à la base des principaux facteurs de risque de nombreuses maladies transmissibles et non transmissibles.

Le tabagisme (17% dans les établissements scolaires),la toxicomanie et l'alcoolisme sont à la base de certaines maladies mentales chez les adolescents et les jeunes ainsi que d'autres maladies non transmissibles.

L'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP) 2012 indique que 55,2% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation fragilise une partie importante de la population dans un contexte où la protection contre le risque maladie est faible (5%). L'état de santé de la population est déterminé par plusieurs facteurs universellement regroupés en quatre catégories ou déterminants majeurs de la santé à savoir : les caractéristiques démographiques et biologiques ; l'environnement physique et socio-économique ; les croyances, styles de vie, attitudes et comportements ; les systèmes et services de santé.

Au regard du contexte, de l'état de santé de la population et des facteurs sociaux qui le sous-tendent, les principaux problèmes identifiés sont : i) Un taux de croissance de la population élevé (3.1%) et en décalage avec la croissance économique (2.8%) ; ii) une faiblesse des revenus des populations avec une tendance à l'aggravation ; iii) une méthode de financement de la santé reposant essentiellement sur le paiement direct par les ménages ; iv) un cadre de vie peu propice notamment en zones urbaines caractérisées par une grande promiscuité et un faible niveau d'assainissement et d'hygiène ; v) un niveau d'alphabétisation faible et une faiblesse de l'offre de soins au niveau de l'ensemble de la population (inégalité dans la répartition, faible qualité, etc.) ; vi) un Partenariat Public/Privé presque inexistant ;vii) un accès aux soins qui reste insuffisant pour la majorité de la population; viii) un déséquilibre dans la répartition des partenaires sur le territoire national (régions et localités défavorisées) ; ix) une mauvaise gestion de l'environnement et de la biodiversité ; x) une inadéquation du cadre institutionnel et organisationnel actuel avec les défis du secteur de la santé (financement, gestion des ressources humaines, etc.) ; xi) des faibles capacités opérationnelles (insuffisance de ressources humaines, insuffisance d'équipements, etc.)

des structures de régulation, de conception et d'appui technique ; xii) une faible application des textes juridiques et réglementaires.[13]

Le défi majeur du système de santé pour les années à venir est d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations des services de santé et le développement de la santé communautaire. Pour relever ce défi, le système de santé doit faire face à: l'amélioration de la gouvernance du secteur, la disponibilité de ressources humaines de qualité et motivées, le renforcement des infrastructures et des équipements, l'adoption d'un financement adéquat et équitable, la disponibilité des médicaments, autres produits de santé de qualité et technologies médicales, le relèvement de l'efficacité du système d'information sanitaire et de la recherche.

Facteurs ayant favorisé la survenue et la propagation de la MVE :

Il est établi que la propagation rapide de la maladie à virus Ebola est à rechercher dans la faiblesse du système de santé guinéen qui n'était pas préparé à faire face au défi de l'épidémie. En effet, de l'ensemble des insuffisances observées au niveau du système de santé, six facteurs ont contribué de manière significative à la survenue et à la propagation de la MVE. Il s'agit notamment de l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, de la vétusté des infrastructures sanitaires, des barrières socio culturelles a l'utilisation des services, de la sécurité transfrontalière, des capacités limitées en matière de prévention et contrôle des infections et de surveillance épidémiologique, et de la faiblesse de l'engagement communautaire.

Tous ces facteurs sont influencés à des degrés divers par l'instabilité politique et les troubles sociaux que le pays a enregistrés ces dernières années.

Un autre aspect non moins négligeable est la porosité des frontières, avec un flux de voyageurs non contrôlé pour la plupart. Ce qui est à la base de la multiplication des contacts et des difficultés dans leur identification, suite à des cas suspects ou avérés d'Ebola.

1.3. Analyse de la situation des MTN

[13](**Analyse de situation du secteur de la santé et évaluation du PNDS dans le cadre d'une approche sectorielle en République de Guinée suivant lettre de marché 2011/261099. RAPPORT FINAL, Rédigé par: Abel BICABA, Amadou KOITA, Matamba Mujika MUABA, Abdoulaye FOFANA, Michel BLANCHOT. Novembre 2011, page 12).**

De nos jours, les Maladies Tropicales Négligées constituent un groupe hétérogène de maladies ayant des conséquences néfastes pour la santé et le développement socio-économique de nombreuses communautés dans les pays en développement, notamment dans ceux à faible revenu.

En Guinée ce sont essentiellement 8 MTN qui posent un problème de santé publique et qui constituent une réelle préoccupation dans le Pays.

Ces maladies sont classées dans les deux groupes selon la stratégie d'intervention définie par l'OMS sont :

1. L'onchocercose, le trachome, la filariose lymphatique, la schistosomiase et les géo-helminthiases qui sont du groupe des MTN/CP ;
2. La lèpre, la trypanosomiase humaine africaine et l'ulcère de Buruli qui relèvent du groupe des MTN/PCC.

1.3.1. Epidémiologie et charge de la maladie

LE TRACHOME

En Guinée, les zones à haute prévalence du trachome occupent la région de la Haute Guinée et la partie septentrionale de la Moyenne Guinée, zones de pauvreté la plus marquée du Pays.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan directeur 2011-2015, la cartographie de cette affection au niveau du territoire a été entreprise à partir de 2011, à l'exception de 2 districts sanitaires de l'intérieur du Pays et des 5 communes de la capitale considérés non endémiques. De 2011 à 2016, 31 districts sanitaires ont été enquêtés avec les résultats suivants :

Strates Epidémiologiques	**Districts Sanitaires**
Prévalence : 30% et plus	Dinguiraye, Kouroussa, Dabola, Faranah et Kissidougou
Prévalence : 10% à 29,9%	Siguiri, Mandiana, Kankan et Kérouané
Prévalence : 5% à 9,9%	Koundara, Mali, Boké, Boffa, Fria, Télimélé, Forécariah, Pita et Mamou
Prévalence : inférieure à 5%	Gaoual, Lélouma, Labé, Koubia, Tougué, Dalaba, Kindia, Beyla, Yomou, Guéckédou, Lola, Macenta et

	N'Zérékoré

Graphique 4 : Prévalence du trachome en Guinée :

LA FILARIOSE LYMPHATIQUE

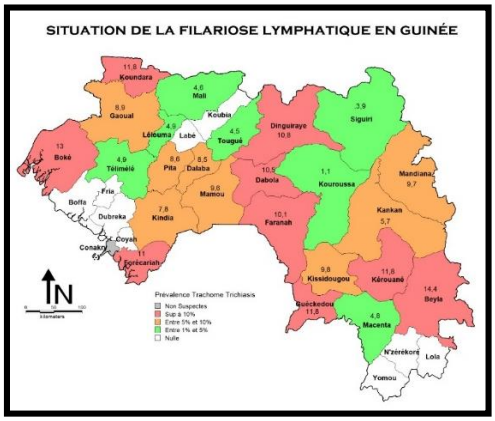
Du fait de son expression clinique très invalidante, la filariose lymphatique était connue de longue date des services de santé guinéens et les cas étaient rapportés au niveau de 10 districts sanitaires (Boké, Forécariah, Kindia, Koubia, Beyla, Faranah, Kankan, Kérouané, Kouroussa et Siguiri).

En 2005, une évaluation de l'endémie filarienne a été réalisée dans 24 districts sanitaires sur les 8 régions administratives. Les résultats de cette évaluation ont permis d'identifier 15 districts endémiques et d'estimer leur niveau de prévalence. Ces données ont été actualisées de 2011 à 2014 à travers des enquêtes de prévalence au niveau des 38 districts sanitaires du Pays.

Les prévalences enregistrées au cours de ces enquêtes se présentent comme indiqué sur le tableau ci-après :

Strates épidémiologiques	**Districts concernés**
Hyperendémique	Boké, Koundara, Dinguiraye, Dabola, Faranah, Forécariah, Guéckédou, Kérouané et Beyla
Mésoendémique	Gaoual, Pita, Kindia, Dalaba, Mamou, Mandiana, Kankan et Kissidougou
Hypoendémique	Télimélé, Lélouma, Mali, Tougué, Siguiri, Kouroussa et Macenta
Non endémique	Boffa, Dubréka, Coyah, Fria, Labé, Koubia, n'Zérékoré, Lola et Yomou

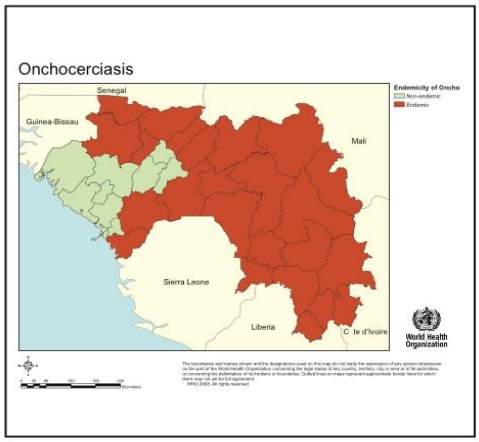
Graphique 5 : Prévalence de la filariose lymphatique en Guinée



L'ONCHOCERCOSE

La maladie est prévalente dans plus de 85 % du territoire. Les 7 régions sanitaires de l'intérieur du Pays sont endémiques avec 24 Districts Sanitaires sur 33. Au total 8229 villages onchocerquiens ont été recensés, totalisant plus de trois millions de sujets à risque. L'intervention du Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) à partir de 1987 a complètement changé le profil épidémiologique de cette maladie en Guinée.

Graphique 6 : Districts Sanitaires endémiques à l'onchocercose



LA SCHISTOSOMIASE ET LES GEO-HELMINTHIASES

L'épidémiologie et la lutte contre la schistosomiase en Guinée sont menées de concert avec celles des géo-helminthiases.

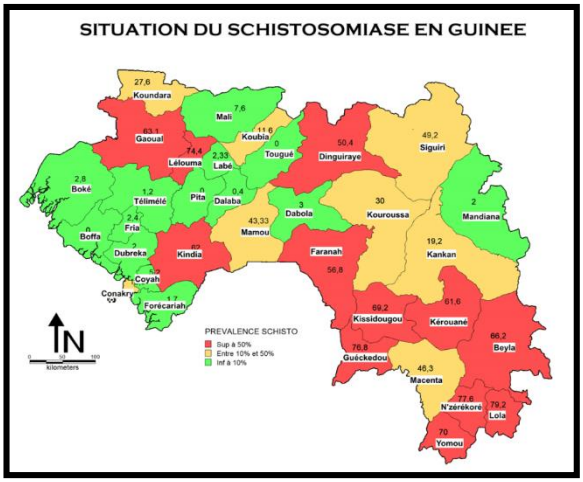
Dans le cadre de la préparation de la mise en place de la Composante Santé et Nutrition Scolaires du projet PASE du Ministère de l'enseignement pré universitaire, une enquête nationale réalisée en 1995 a permis d'estimer l'importance des infections helminthiques chez les enfants d'âge scolaire. Les prévalences obtenues étaient les suivantes : *S. mansoni (25%), S. haematobium (19,9%), A. duodenale (43,9%), T. trichiura (13,9%), A. lumbricoides (9,5%).*

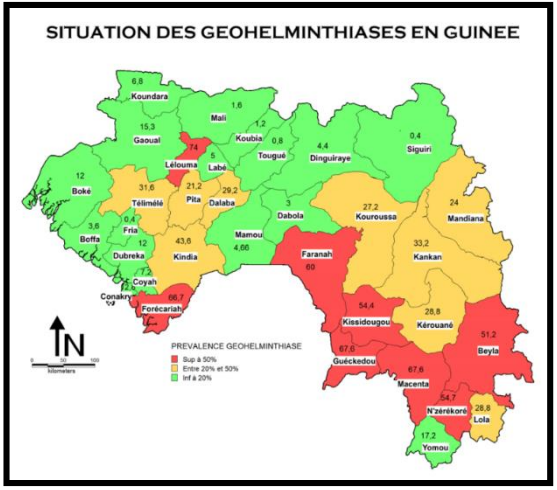
En 2009 et 2010, l'Organisation pour la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal (OMVS) a réalisé des enquêtes dans la zone du bassin qui ont donné les prévalences suivantes : 23,52% en Moyenne Guinée et 49,6% en Haute Guinée pour la Schistosomiase urinaire ; 30,22% en Moyenne Guinée et 47,5% en Haute Guinée pour la Schistosomiase intestinale ; 52,12% en Moyenne Guinée et 56,4% en Haute Guinée pour les Géo-helminthiases.

En 2010, les enquêtes réalisées à Beyla et Macenta, avec l'appui technique de HKI et le financement de Rio Tinto, ont donné les prévalences suivantes : 66,2% de S. mansoni, 21% de S. haematobium, 51,2% en Ankylostomiase, 8,1% d'Ascaris lumbricoides et de 2,4% de T. Trichiura.

Une réactualisation de la cartographie dans le cadre du plan directeur 2011-2015 a été conduite sur tout le territoire, district par district, de 2011 à 2013.

Graphique 7 : Prévalence de la schistosomiase et géo-helminthiases en Guinée





LA LEPRE :

La lèpre ou maladie de Hansen, est une maladie infectieuse de l'espèce humaine, d'origine bactérienne, chronique et invalidante mais peu contagieuse, touchant principalement la peau, les muqueuses et les nerfs.

Contexte et justification

Durant ces 20 dernières années, des progrès ont été réalisés dans le domaine de la lutte contre la lèpre, notamment celui du traitement par la poly-chimiothérapie (PCT).

Si la mise en œuvre et l'application sur une large échelle de cette poly-chimiothérapie ont permis une importante réduction de la prévalence de la lèpre, son impact sur les invalidités et les déformations qui lui sont associées a été très limité.

Situation épidémiologique

En 1990, le taux de prévalence de la lèpre était à près de 12 cas pour 10.000 Habitant et celui de la mutilation de 16,17 %. Ces chiffres montrent que la lèpre était un réel problème de Santé publique en Guinée. De cette date à 2008, plusieurs efforts ont été consentis pour la lutte contre la lèpre parmi lesquels, l'organisation des campagnes d'élimination de la lèpre en 1997 (CEL), les actions spéciales d'élimination de la lèpre dans les zones enclavées en 1998 (SAPEL), l'amélioration de la logistique, des équipements et les formations des agents impliqués dans la lutte contre la lèpre. Toute cette synergie d'interventions a conduit à une régression progressive du taux de prévalence de 12 cas pour 10.000 en 1990 à 0,21 cas pour 10.000 habitants en fin 2014.

Tous les districts sanitaires ont atteint le seuil d'élimination de la lèpre c'est-à-dire moins d'un cas pour 10.000 habitants. Cependant il existe encore à l'intérieur de certains districts des zones hyper-endémiques à plus d'un cas : ce qui justifie la détection d'au moins 300 nouveaux cas par an.

LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE (THA)

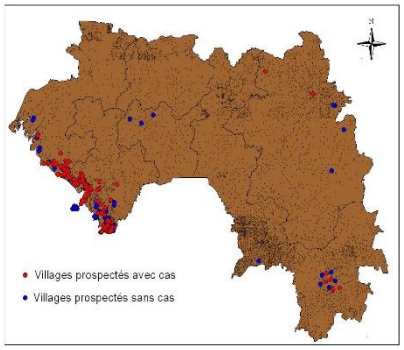
La THA était devenue une affection rare vers les années 60, période d'arrêt des campagnes de masse pour la recherche active et le traitement des malades. Cependant, quelques cas ont continué à être notifiés dans certains anciens foyers tels que Conakry, Dubréka, Koubia, Siguiri, N'Zérékoré et Lola.

La distribution des cas de THA à partir de 1990, par Préfecture et par année montre qu'aucune région de la Guinée n'est épargnée par cette affection (plan stratégique du PNLTHA).

De 1970 à 1998, plus de 1000 cas ont été dépistés passivement et traités au Centre de Dubréka et provenant des Préfectures de Dubréka, Boffa, Forécariah, Coyah, Boké, Pita, Kankan et N'Zérékoré.

Présentement, la zone côtière de mangrove constitue la zone endémique de la THA où le nombre de cas évolue progressivement d'année en année. La situation de la zone côtière reste inquiétante et les anciens foyers de l'intérieur du pays sont en réémergence progressive.

Graphique 8 : Distribution de la THA en Guinée



L'ULCERE DE BURULI

On a signalé l'UB dans plus d'une trentaine de pays situés principalement dans les régions tropicales ou subtropicales depuis 1980, notamment en Afrique de l'ouest.

L'UB s'observe fréquemment à proximité des plans d'eau, rivières à débit lent, mares, marais et lacs.

Des cas se sont aussi produits à la suite d'inondations. Les activités à proximité de l'eau comme l'agriculture, constituent un facteur de risque.

Si l'on peut être affecté à tout âge et quelques soit le sexe, la plupart des patients sont néanmoins des enfants de moins de 15 ans. En général il n'y a pas de différence entre garçons et filles pour le taux d'infection.

Les raisons de la propagation croissante de cette maladie ne sont pas encore très claires.

En guinée, de 2002 à 2009, 1.248 cas suspects ont été notifiés par les services de santé sur l'ensemble du territoire national, essentiellement en région de Guinée Forestière.

Tableau 9: Statut de la cartographie des MTN

Nom de la maladie endémique	Nombre total de Distrists	Nombre de districts suspect d'être endémique	Nombre de districts cartographiés	Nombre de districts dont l'endémicité n'est pas connue (Besoin de cartographie ou de prospection)
Onchocercose	38	24	24	0
Trachome	38	31	31	0
Filariose Lymphatique	38	38	38	0
Schistosomiase	38	38	38	0
Géo-Helminthiase	38	38	38	0
Lèpre	38	38	38	0
THA	38	7	7	0
Ulcère de Buruli	38	3	3	0

Tableau 10: Résumé sur les interventions des programmes de MTN-CTP/PCC

MTN	Date ou le programme a commencé	Nbre total de districts ciblés	Nbre de districts couverts (couverture géographique)	Nbre total de la pop. Visée dans le district	Nbre de la pop couverte (pourcentage)	Stratégie clé utilisée	Les partenaires clés
Onchocercose	1986	24	24 (100%)	6 133 185	100%	TIDC/ DMM	USAID, OMS, OMVS,

							SSI, OPC, HKI, MDP
Schistosomiase	2008	23	23(100%)	2 960 204	100%	DMM	USAID, OMVS, OMS, HKI, MDP
Géo-Helminthiase	2008	21	21(100%)	4 854 730	100%	DMM	USAID, OMVS, OMS, HKI, MDP
Trachome	2004	18	9(50%)	3 634 498	100%	DMM	USAID, OMS, OMVS, SSI, OPC, HKI, OOAS, Plan Giunée
Filariose Lymphatique	2008	24	24(100%)	6 411 669	100%	DMM	USAID, OMS, OMVS, HKI, MDP
Lèpre	1986	38	100%	11 840 812	100%		OMS, Raoul Folleraud, Ordre de Malte, Philafricaine
THA	2003	7	100%	3 000 000	100%		OMS, IRD, PATTEC, Find, coop française
Ulcère Buruli	2002	3	100%		100%		OMS, ….

1.3.2. Mise en œuvre du programme de lutte contre les MTN

Lutte contre le trachome en Guinée :

A partir de 2003 la lutte contre l'onchocercose et les autres causes de cécité, y compris le trachome, ont été fusionnées en un seul programme dénommé Programme National de Lutte contre l'Onchocercose et la Cécité (PNLOC).

Depuis 2004, quelques actions ponctuelles et limitées dans le temps ont été menées : -mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans 6 villages dans le district sanitaire de Kankan par le PNLOC en collaboration avec HKI, formation des opérateurs de trachome trichiasis de la région de Kankan pour la chirurgie des trichiasis.

En collaboration avec les laboratoires THEA, HKI et OPC, dépistage de 848 cas de trachome trichiasis dans 4 sous-préfectures du district sanitaire de Kankan avec une prévalence du trachome évolutif supérieure à 20%. Il s'en est suivi un traitement de masse à l'Azithromycine de tous les enfants d'âge préscolaire et une prise en charge chirurgicale des TT dépistés.

En collaboration avec OPC et le financement de Sight First, 1.556 TT ont été dépistés en 2004 par les distributeurs communautaires d'Ivermectine parmi lesquels 510 ont été opérés par les opérateurs de Trichiasis. Les opérateurs de Trachomes trichiasis ont opéré de 2004 à 2009 un total de 3193 cas. De 2010 à 2015, seules de rares activités de chirurgie du Trachome Trichiasis (TT) sont menées avec moins de 800 cas d'opérations par an. Ceci est très en deçà des besoins quand on se réfère à l'estimation de plus de 25.000 cas en attente d'une prise en charge adéquate.

Le traitement de masse à l'Azithromycine et à la Tétracycline pommade ophtalmique (chimiothérapie préventive) a débuté en 2013 et couvre les 9 districts sanitaires de la région de Haute Guinée où la prévalence de trachome folliculaire est supérieure à 10%.

Dans ce contexte d'hyper endémicité, particulièrement au niveau de la région de Haute Guinée, la lutte contre le trachome apparait comme une priorité.

La Guinée est membre de "l'alliance pour l'élimination mondiale du trachome cécitant" depuis 1999 et participe régulièrement aux rencontres qui sont organisées.

Lutte contre la filariose lymphatique en Guinée :

La filariose lymphatique a été intégrée dans une stratégie générale de lutte contre 5 maladies requérant une approche similaire : le trachome, la filariose lymphatique, l'onchocercose, les géo-helminthes et les schistosomiases.

La stratégie adoptée par la Guinée est celle du Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique.

Les cas d'hydrocèles dus à la filariose lymphatique sont pris en charge de façon individuelle au niveau des services de chirurgie des hôpitaux et sont à la charge des patients.

Il est prévu d'introduire dans la stratégie de lutte contre la filariose lymphatique, une composante de prise en charge des lymphœdèmes et éléphantiasis et des hydrocèles dans un volet de soins et d'hygiène spécifiques.

Pour interrompre la transmission de la filariose lymphatique, les districts endémiques ont été recensés et des programmes communautaires ("traitement de masse") mis en œuvre. La prise en charge repose sur l'administration annuelle d'une dose unique de deux médicaments associés : Albendazole et Ivermectine à la population à risque âgée de 5 ans et plus : ce qui permet de coupler ce programme a celui de la lutte contre l'onchocercose et les géo-helminthiases.

Pour atténuer les souffrances dues à la maladie, des programmes d'éducation communautaire devront sensibiliser les malades affectés. Ces programmes insisteront sur les avantages d'une hygiène locale poussée et la possibilité d'améliorer les lésions déjà présentes et de prévenir les accès aigus d'inflammation, invalidants et douloureux.

Lutte contre l'onchocercose en Guinée

L'onchocercose en Guinée avant OCP :

En 1960 des études entomologiques et cliniques avaient été entreprises sur le bassin du Niger (OMS et coopération Guinéo Allemande). Des actions limitées de lutte anti vectorielle et de chimiothérapie par la DEC avaient même été menées.

De cette décennie date la création d'une équipe Onchocercose nationale guinéenne. Les études entomologiques et épidémiologiques exhaustives datent de la phase préparatoire de l'extension Ouest d'OCP dans les années 1980 et l'hyper endémicité était la règle avant fin 1980

La mise en place du Programme OCP en Guinée en 1987 et les stratégies de contrôle :

Au moment de la mise en œuvre du Programme de lutte contre l'onchocercose en Guinée en 1987, les données disponibles montraient des prévalences supérieures à 60 % en zone de savane (Haute Guinée) avec plus de 20 000 aveugles.

L'objectif général du Programme était d'éliminer l'Onchocercose en tant que problème de Santé Publique.

Trois stratégies ont donc été utilisées à partir de 1987 par le Ministère de la Santé et ses partenaires :

De 1987 à 1997 : Lutte anti-vectorielle et traitement à l'Ivermectine par les équipes mobiles ;

De 1997-2002 : Lutte anti-vectorielle et Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) ;

A partir de 2002 : Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) uniquement.

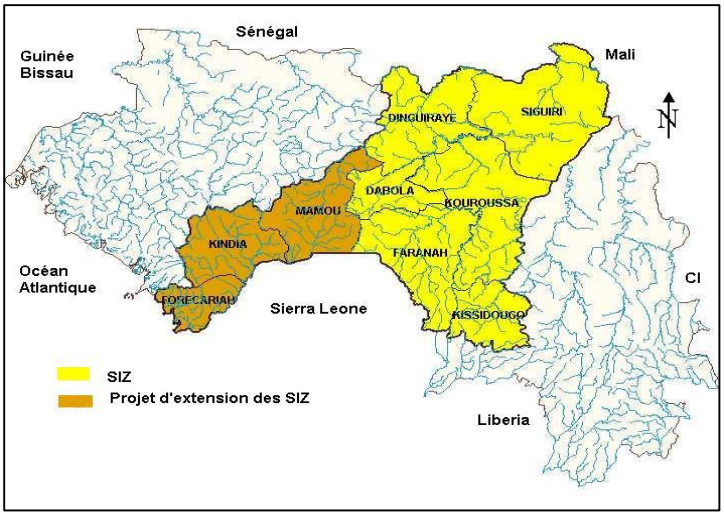
Ces stratégies ont eu pour résultat qu'en décembre 2002, la prévalence de l'onchocercose en Guinée qui variait entre 88 et 43 % a été réduite à une fourchette de 15% à 0 %. A partir de 2002, l'onchocercose ne constituait plus un problème de santé publique dans les pays d'endémie dont la Guinée. La lutte anti vectorielle a été arrêtée sur l'ensemble des bassins fluviaux qui avaient été soumis aux traitements larvicides et l'OCP a été clôturé (31 décembre 2002).

L'onchocercose post OCP:

A partir de 2002, les activités de lutte contre l'onchocercose se sont résumées au TIDC et à la surveillance épidémiologique et entomologique.

Malgré les résultats généralement remarquables en fin 2002, certaines zones où la situation épidémiologique n'était pas satisfaisante ont été retenues comme zone d'intervention spéciale (SIZ) où des actions spécifiques de distribution renforcée de l'Ivermectine ont été réalisées pendant cinq ans (jusqu'en 2007). Ces zones sont situées le long des bassins du haut Niger/Mafou, du Tinkisso, du Kolenté et du Mongo-Kaba et couvrent 9 Districts Sanitaires.

Graphique 6 : Zones d'intervention spéciale et leur extension



Afin de maintenir les acquis de l'OCP et de prévenir la recrudescence de la maladie, il a été recommandé de continuer avec la stratégie TIDC jusqu'en 2012 au moins.

Les données relatives au TIDC pour 2009 sont indiquées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Traitements par l'Ivermectine sous directive communautaire en 2009

Données administratives :	Résultats
Districts sanitaires	24
Total Villages onchocerquiens	8229
Villages onchocerquiens traités	8208
Couverture géographique (%)	99,74%
Populations :	
Populations Totales	3 172 139
Populations traitées	2 570 255

Couverture thérapeutique (%)	81%
Nb. de Comprimés utilisés	6 649 517

(Source. PNLOC)

A ce jour, l'onchocercose a été organisée de façon solide, durable et efficace grâce à l'appui de l'OCP, APOC et leurs ONG partenaires collaborateurs. Il en résulte un réel succès, avec plus de 3 millions de personnes traitées par an dans plus de 8.000 villages à travers une structure de distribution de masse de médicaments bien établie depuis 1997. Environ 14.000 agents distributeurs communautaires (DC) d'Ivermectine ont été formés et sont supervisés par 218 agents chefs de centre de santé au niveau de ces villages dans 24 districts sanitaires.

L'effet du traitement de masse à l'Ivermectine est contrôlé régulièrement par les évaluations épidémiologiques au niveau de plus de 500 villages sentinelles pour la détermination de la prévalence de l'onchocercose et par la surveillance entomologique qui concerne 15 points de captures pour déterminer le niveau de la transmission par le vecteur.

Lutte contre les schistosomiases et les géo-helminthes en Guinée

Actuellement l'approvisionnement en médicaments dépend entièrement de donation à travers l'OMS. La pérennité et la régularité des donations sont cruciales. De 1996 à 2007, la Banque Mondiale a financé l'achat de Praziquantel, de Mébendazole, de fer et d'acide folique.

Dans le cadre strict des schistosomiases et des géo-helminthiases, la Guinée a prévu de cibler les enfants d'âge scolaire et des adultes à risque (populations exposées dans les zones hyper-endémiques) pour l'administration simultanée de Praziquantel et d'Albendazole ou Mébendazole.

Cette activité se place dans le cadre de la lutte intégrée contre les MTN. Schématiquement, dans les zones co-endémiques avec la filariose et l'onchocercose, toute la population de plus de 5 ans sera traitée à l'Albendazole et à l'Ivermectine, couvrant ainsi les helminthes intestinales. Une campagne de distribution du Praziquantel chez les enfants d'âge scolaire se fera pour lutter contre les

schistosomiases. De plus, à l'occasion des journées de l'enfant, une distribution d'albendazole (ou de Mébendazole) aux enfants d'âges scolaire sera faite, et constituera une seconde campagne annuelle de lutte contre les géo-helminthes.

On notera aussi les activités ponctuelles de lutte contre les schistosomiases et les géo-helminthes soit à travers le département de santé scolaire, soit dans le cadre de l'OMVS.

Lutte contre la lèpre en Guinée :

La synergie d'intervention pour la lutte contre la lèpre a conduit à une régression progressive du taux de prévalence de 12 cas pour 10.000 en 1990 à 0,58 cas pour 10.000 habitants en fin 2008.

Depuis 2002, le système de détection des cas reste essentiellement passif au niveau des structures sanitaires. Cependant, dans les zones à haute prévalence et enclavées, les journées lèpre-village sont organisées. Selon le rapport d'évaluation du programme d'élimination de la lèpre en Guinée, il ressort que le délai moyen de dépistage est de 29 mois, variant de 24 à 36 mois selon les localités. Ces longs délais dénotent de la faiblesse de la sensibilisation des communautés et de la démotivation des agents communautaires. Cette situation conduit malheureusement à un pourcentage élevé de mutilés parmi les nouveaux cas (9% en 2008). Par ailleurs, il a été constaté en fin 2008 que la proportion des enfants parmi les nouveaux cas était de 10% : ce qui révèle une transmission active de la maladie au sein de la population.

Plus de 9% des malades dépistés présentent une infirmité de degré 2 selon l'échelle de l'OMS. Sur les 91% non invalides au dépistage, beaucoup développeront une invalidité pendant ou après leur traitement PCT si des mesures préventives ne sont pas prises.

Interventions

Neuf principales interventions suivant les axes stratégiques sont développées dans le cadre de la mise en œuvre du programme national de lutte contre la lèpre. Ce sont :

- Maintenir l'engagement politique des décideurs et des partenaires dans la lutte contre la lèpre
- Assurer un diagnostic précoce et une prise en charge correcte des cas de lèpre

- Assurer la réadaptation physique des cas mutilés
- Assurer la réinsertion socio- professionnelle des anciens malades de la lèpre.
- Assurer la surveillance épidémiologique à tous les niveaux
- Prévenir les invalidités chez 100% des nouveaux malades de la lèpre
- Renforcer les capacités de gestion et de coordination du programme
- Renforcer le partenariat aux niveaux national, régional et préfectoral
- Renforcer la participation communautaire

Lutte contre la THA en Guinée :

Depuis 2002 la relance de la lutte contre la THA est effective en Guinée à travers des activités de dépistage ; de 2002 à 2010, 667 cas ont été dépistés et aussi l'identification des principaux foyers du pays, la cartographie de la distribution de la maladie dans le pays.

Toutes les activités ont été menées dans le cadre d'une collaboration entre différentes institutions de la sous-région (Burkina Faso à travers le CIRDES, Côte d'Ivoire à travers l'IPR).

Le programme est fortement soutenu par des partenaires qui fournissent des appuis techniques et financiers pour le soutien à la recherche et la formation.

Deux modes de dépistage ;

- **Dépistage passif :** au cours des consultations de routine dans les structures de santé (Poste de santé, Centres de Santé, Hôpitaux)
- **Dépistage actif :** réalisé au cours des prospections médicales par une équipe spécialisée.
- **Prise en charge correcte des cas :**

  Le traitement comportera nécessairement 3 phases : traitement préparatoire, traitement spécifique et suivi post-thérapeutique.

A) **Sensibilisation des populations** : Les différents canaux de sensibilisation seront utilisés pour permettre à la population de mieux connaitre la maladie et les structures appropriées pour les soins.

B) - **Suivi post-thérapeutique des malades**

Une fois le malade traité, il faut effectuer un certain nombre de contrôles avant de le déclarer guéri.

Pour déclarer un malade guéri, il faut qu'après 2 ans de contrôles périodiques, les résultats de tous les examens pratiqués soient normalisés.

C)- Lutte anti vectorielle : L'objectif de la lutte anti tsé-tsé pour la prévention de la maladie du sommeil ne vise qu'à minimiser l'exposition de l'homme aux piqures des mouches. Les mesures locales pour réduire le contact homme/mouche peuvent être prises à des niveaux peri-domestiques et communautaires. Les pièges simples sont mieux adaptés aux rives des cours d'eau et aux plantations de l'Afrique de l'Ouest et Centrale. Ils sont bien acceptés par la population et requièrent peu de savoir-faire puisque les gens eux-mêmes sont familiers avec les lieux où les mouches les piquent et leurs expériences leurs permettent d'identifier le bon endroit pour installer les pièges.

Lutte contre l'Ulcère de Buruli en Guinée :

Trois axes stratégiques sont retenus conformément aux recommandations de l'OMS et aux directives du plan national de développement sanitaire (PNDS) :

1. Le dépistage précoce des cas à base communautaire dans le but de réduire les complications et le coût du traitement.
2. La prise en charge globale des malades afin de trouver une réponse à la souffrance humaine et rompre la chaîne de propagation de la maladie
3. La recherche opérationnelle pour développer de nouvelles connaissances sur la problématique de l'UB.

1.3.3 Lacunes et priorités

Les MTN ont été retenues comme priorité dans le document de politique du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Les activités de santé visant à contrôler ou à éliminer ces maladies à l'échelon national ont été rares en Guinée.

La prise en charge des MTN se fait a travers des programmes distincts disposant chacun de ressources propres avec un système de coordination spécifique à chaque maladie.

Les différents programmes à charge de ces maladies sont :

- Le Programme National de Lutte contre l'Onchocercose et la Cécité et les MTN à CTP ;
- Le Programme National de Lutte contre la Lèpre ;
- Le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine ;
- Le Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli.

Les défis :

- La formation du personnel pour la gestion et la DMM : La distribution du médicament est une composante essentielle pour la prévention à l'échelle communautaire. Cette formation devra se faire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et à son extension communautaire. Elle concernera l'approvisionnement en médicament, la gestion des stocks, l'acheminement et la distribution du médicament au niveau de la communauté.
- La formation du personnel infirmier à la prise en charge des complications : Cette formation spécifique concernera les agents de santé qui sont en poste dans les zones d'endémie.
- La distribution proprement dite de masse de médicaments qui doit être effectuée au niveau des zones endémiques avec des couvertures géographiques à 100% et thérapeutiques supérieures à 80%.
- Le suivi et évaluation des activités sur le terrain : Cette activité nécessitera une formation à tous les niveaux, une évaluation à mi-parcours et à la fin du programme :

- L’élaboration de plans d’action annuels durant les 5 années du plan ;
- Maintien de la surveillance épidémiologique et entomologique.
- Renforcement de la sensibilisation pour l’acceptation du traitement.
- Recherche opérationnelle.
- Approvisionnement en médicaments régulier et sur le long terme.

Nécessité de monitorage et de supervision à tous les niveaux.

  - La mise en place d’un centre de prise en charge des complications liées à la lèpre par région naturelle.
- La réadaptation des malades victimes d’infirmité et de mutilation.

1.3.4. Analyse FFOM (SWOT) :

Les forces :

- MTN retenues comme une priorité au niveau national et inscrites au PNDS 2015-2024
- Politique de promotion de la sante existe au niveau du Ministère de la Santé
- Existence de Programmes fonctionnels de lutte contre les MTN
- Existence d’au moins 4 flottes téléphoniques pour les facilités de communication
- Existence d’une centrale d’achat de médicaments : PCG
- Existence d’un système intégré de soins incluant les MTN

Les Faiblesses :

- Absence de c coordination des interventions de contre les MTN
- Insuffisance de la cartographie sur certaines MTN pour montrer l’ampleur de ces maladies ;
- Insuffisance de formation du personnel pour la gestion intégrée des MTN
- Insuffisance de ressources financières pour le fonctionnement des programmes
- Insuffisance de structures appropriées pour la PCC
- Difficulté de décaissement des fonds au niveau de l'Etat

- Faible sensibilisation des populations
- Insuffisance d'intégration des données MTN dans le SNIS;
- Faiblesse de la surveillance intégrée des MTN ;
- Insuffisance du suivi-évaluation et de la recherche opérationnelle ;
- Mauvaise répartition du personnel

Les Opportunités :

- Engagement politique au niveau de l'Etat
- Inscription des MTN dans l'agenda des PTF ;
- Relance des SSP (projet BM d'appui aux soins de santé primaire)
- Le soutien de l'OMS à l'intégration des activités et à leur mise à l'échelle
- Présence et engagement des partenaires et donateurs
- Présence de sociétés minières privées évoluant dans le Pays
- Disponibilité des communautés pour l'offre de soins
- L'existence d'autres secteurs d'activité pouvant avoir un effet bénéfique dans la lutte contre les MTN (Agriculture, SNAPE, autres programmes à maladie vectorielle, …)
- Existence d'un réseau communication (téléphonique, radio communautaires/rurales …)

Les Menaces :

- Insuffisance du personnel dans les structures périphériques (CS, PS)
- Problème de motivation des AC et DC
- La pauvreté des ménages
- La faible allocation financière de l'Etat au secteur de la santé
- Insuffisance des moyens d'autres acteurs ayant effet bénéfique sur la lutte contre les MTN
- Insuffisance de coordination intra et inter-sectorielle,

Tableau 8 : Matrice des Forces, faiblesses, Opportunités et menaces

FORCES	**FAIBLESSES :**
• Les MTN sont retenues comme une priorité au niveau national et inscrites au PNDS • La politique de promotion de la sante existe au niveau du Ministère de la Santé • Il existe Programmes fonctionnels de lutte contre les MTN • Existence de 2 flottes téléphoniques pour les facilités de communication • Existence d'une centrale d'achat de médicaments : PCG • Existence d'un système intégré de soins incluant les MTN	• Insuffisance de la cartographie sur certaines MTN pour montrer l'ampleur de ces maladies ; • Insuffisance de capacité de gestion intégrée des MTN • Insuffisance de structures appropriées pour la PCC • Faible sensibilisation des populations • Le faible niveau de couverture thérapeutique • l'insuffisance des données sur les MTN ; • Faiblesse/insuffisance de la surveillance intégrée des MTN ; • L'insuffisance du suivi-évaluation et de la recherche opérationnelle ; • Mauvaise répartition du personnel
OPPORTUNITES	**MENACES :**
• Stabilité sociopolitique du pays • L'engagement politique au niveau de l'Etat • Inscription des MTN dans l'agenda des PTF ; • Relance des SSP	• Insuffisance du personnel dans les structures périphériques (CS, PS) • Problème de motivation des AC et DC • La pauvreté des ménages • La faible allocation financière de l'Etat

• Le soutien de l'OMS à l'intégration des activités et à leur mise à l'échelle • Présence et engagement des partenaires et donateurs • Présence de sociétés minières privées évoluant dans le Pays • Disponibilité des communautés qu'on peut mobiliser • Organisation des journées nationales • L'existence d'autres secteurs d'activité pouvant avoir un effet bénéfique dans la lutte contre les MTN (Agriculture, SNAPE, … • Existence d'un réseau communication (téléphonique, radio communautaires/rurales …	au secteur de la santé • Insuffisance des moyens d'autres acteurs ayant effet bénéfique sur la lutte contre les MTN • Insuffisance de coordination inter-sectorielle, • Faible collaboration intersectorielle • Difficulté de décaissement des fonds au niveau de l'Etat

Tableau 9 : Matrice d'appariement de l'analyse FfOm (SWOT) du Programme MTN

Faiblesses	**Force contrecarrant les faiblesses**	**Opportunités contrecarrant les faiblesses**

1. Insuffisance de la cartographie sur certaines MTN 2. Insuffisance de capacité de gestion intégrée des MTN 3. Insuffisance de structures appropriées pour la PCC 4. Faible sensibilisation des populations 5. Le faible niveau de couverture thérapeutique 6. l'insuffisance des données sur les MTN ; 7. Faiblesse/insuffisance de la surveillance intégrée des MTN ;	1. Existence de Programmes fonctionnels de lutte contre les MTN 2. Existence d'un système intégré de soins incluant les MTN 3. Existence de Programmes fonctionnels de lutte contre les MTN 4. politique de promotion de la sante existe au niveau du Ministère de la Santé 5. Existence d'un système intégré de soins incluant les MTN 6. Existence de 2 flottes téléphoniques pour les facilités de communication 7. Existence d'un système intégré de soins incluant les MTN	1. Soutien politique des programmes, 2. Appui financier du BND et du FINEX, **3.** Participation et soutien communautaire 4. Disponibilité des ressources humaines (quantité et qualité) dans les structures périphériques (CS, PS) 5. Motivation des AC et DC et personnel technique, 6. Coordination intra et intersectorielle, **7.** Renforcement de la coordination avec les PTF,

DEUXIEME PARTIE : AGENDA STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LES MTN

2.1. VISION

Notre vision est Une Guinée débarrassée du poids des Maladies Tropicales Négligées

2.2. MISSION

La mission est de concevoir, mettre en œuvre et évaluer des interventions appropriées et adaptées pour la prévention, la prise en charge, la réhabilitation, le contrôle et/ou l'élimination des MTN de manière équitable à toute la population guinéenne.

2.3. PRINCIPES DIRECTEURS ET PRIORITES STRATEGIQUES

Les principes qui sous–tendent la vision sont axés sur la codécision, la transparence, l'équité, la mise en place d'un cadre institutionnel, le travail en impliquant les différentes parties prenantes, y compris les autres secteurs (comme le Secteur de l'éducation), le respect des normes et protocoles établis, l'implication des institutions de recherche, la bonne coordination des interventions.

Les principes directeurs sont en harmonie avec la politique nationale de santé, à savoir :

Priorité stratégique 1 : Mettre à l'échelle l'accès aux interventions, au traitement et aux capacités de prestation de services de programme MTN ;

Priorité stratégique 2 : Renforcer la planification pour la mobilisation des ressources, la viabilité financière du programme et les résultats ;

Priorité stratégique 3 : Renforcer l'appropriation du programme MTN par le gouvernement, les communautés, le plaidoyer, la coordination et les partenariats ;

Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle du programme MTN.

Tableau 11: Résumé du cadre stratégique

PRIORITES STRATEGIQUES	OBJECTIFS STRATEGIQUES
1-Amélioration de l'accès aux interventions, au traitement et au renforcement des capacités du système	Mettre à l'échelle des interventions de chimiothérapie préventive
	Mettre à l'échelle des interventions de prise en charge des cas et des complications
	Faire la Réhabilitation et la réinsertion socio-économique
	Mettre à l'échelle des interventions de contrôle et de prévention de la transmission des MTN
	Renforcer les capacités du système
2 –Amélioration de la planification axée sur les résultats, mobilisation des ressources et pérennité financière des programmes nationaux de lutte contre les MTN	Renforcer les capacités de planification opérationnelle à tous les niveaux (central, régional et préfectoral) dans la lutte contre les MTN
	Renforcer les acquis et développer de nouveaux mécanismes pour la mobilisation des ressources humaines et financières en vue de la pérennisation des programmes
3 –Renforcement de l'appropriation par le gouvernement de la sensibilisation, de la coordination et des partenariats	Renforcer les capacités nationales institutionnelles et opérationnelles à tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique) dans la lutte contre les MTN
	Renforcer le partenariat pour les MTN à tous les niveaux
	Renforcer la coordination de la lutte contre les MTN aux différents niveaux de la pyramide sanitaire
4 – Renforcement du suivi et de l'évaluation des MTN, de la surveillance et de la recherche opérationnelle.	Mettre en place un système intégré de suivi et évaluation des activités de lutte contre les MTN Promouvoir la recherche opérationnelle en soutien à la lutte contre les MTN

TROISIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL

La composante opérationnelle du plan directeur des MTN décrit les activités prévues et les approches de leur mise en œuvre par les différentes parties prenantes. En outre il met en exergue les besoins en termes de renforcement des capacités, de mobilisation des ressources, tout en prenant en compte les risques potentiels et les approches requises pour la mise en œuvre du programme.

3.1. MISE A L'ECHELLE DE L'ACCES AUX INTERVENTIONS, DES TRAITEMENTS ET DES CAPACITES DE PRESTATION DE SERVICE DU PROGRAMME MTN

En se référant aux manuels de l'OMS sur « la chimiothérapie préventive", aux approches pour « la mise en œuvre de programmes MTN intégrés » et aussi aux directives sur maladies à prise en charge des cas et à d'autres directives spécifiques des maladies, l'OMS recommande les trois paquets d'interventions ci-après :

- La chimiothérapie préventive ;
- La prise en charge des cas et la prévention des infirmités ;
- Le contrôle de la transmission (incluant la lutte anti vectorielle, le contrôle du réservoir aussi bien que l'amélioration de l'hygiène du milieu et l'approvisionnement en eau potable).

3.1.1. Mise à l'échelle des activités de chimiothérapie préventive :

TYPES DE DMM TRANSVERSALES	Canaux de prestations	Programmation des traitements	Combinaison des maladies	Besoins	Cibles (Districts) à lister	Autres interventions de lutte de masse
MDA1 IVM+ALB	Agents de santé, agents communaut	Annuel	Filariose lymphatique + oncho + HTS	-Formation du personnel de santé -Formation des enseignants & des agents communautaires. -Mobilisation Sociale -Supervision -Production d'outils -Logistique pour la distribution des médicaments et la prise en charge des effets secondaires	24 DS pour FL	
T1 PZQ+ALB (enfants d'âge scolaire)	Campagne scolaire	Annuel	SCH + HTS		31 DS pour SCH et 17 DS pour HTS	

MDA4 AZT+TETRA	Agents de santé, agents communautaires	Annuel	Trachome		18 districts sanitaires	
MDA3 IVM	Agents de santé, agents communautaires	Annuel	ONCHO	seignants & des agents communautaires. -Mobilisation Sociale -Supervision -Production d'outils -Logistique pour la distribution des médicaments et la prise en charge des effets secondaires	4 DS	

3.1.2. Buts, objectifs, stratégies et cibles des programmes de lutte contre les MTN

Le but du programme est de réduire la morbidité, les invalidités et la mortalité dues aux MTN en vue de leur contrôle et/ou de leur élimination d'ici 2025.

Pour atteindre ce but, le tableau ci-après résume la cible nationale par maladie, les objectifs, les stratégies et les canaux de prestation.

Tableau 12: Résumé des buts et objectifs des programmes MTN spécifiques

BUT MONDIAL DU PROGRAMME MTN	CIBLE NATIONALE	OBJECTIFS	STRATEGIES	CANAUX DE PRESTATION
Eliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique d'ici 2020	Eliminer la FL dans le pays en tant que problème de santé publique .d'ici 2020.	Interrompre la transmission de la FL Prévenir et prendre en charge les complications de la FL	Distribution de masse de médicaments Lutte anti vectorielle Chirurgie Hygiène personnelle et les soins à domicile	Communauté Pulvérisation intra domiciliaire, moustiquaires Dans les services de santé Soins à domicile
Eliminer d'ici 2025 l'onchocercose par le TIDC et les autres interventions efficaces	Eliminer l'onchocercose en tant que maladie d'ici l'an 2020	Interrompre la transmission de la maladie	Distribution de masse de médicaments Surveillance épi et entomo	Communauté Equipe épi et entomo
Eliminer le trachome cécitant	Eliminer le trachome	Interrompre la transmission de la	Distribution de masse de	Communauté Services de

BUT MONDIAL DU PROGRAMME MTN	CIBLE NATIONALE	OBJECTIFS	STRATEGIES	CANAUX DE PRESTATION
d'ici l'an 2020	cécitant par la stratégie CHANCE d'ici l'an 2020	maladie Prendre en charge les complications	médicaments (A) Hygiène individuelle (N) Lutte anti vectorielle (CE) Chirurgie du TT (CH)	santé Opérateurs de TT
Traitement d'au moins 75% des SCH et HTS au niveau des enfants d'âge scolaire d'ici l'an 2020	Traitement d'au moins 75% des SCH et HTS au niveau des enfants d'âge scolaire d'ici l'an 2020	Atteindre des couvertures géographiques de 100% et thérapeutique de plus de 80% des districts endémiques	Distribution de masse de médicaments Education sanitaire	Communautés Agents de santé, maîtres d'école
Elimination de la lèpre comme problème de santé publique d'ici 2020	Eliminer la Lèpre comme problème de santé publique au niveau des aires de santé d'ici l'an 2020	Atteindre un seuil de moins de 1cas/10.000 au niveau de toutes les aires de santé d'ici 2020 Prendre en charge les complications	Sensibilisation des populations Prise en charge des cas Prise en charge des complications Réhabilitation sociale	Communautés Les agents des services de santé
Elimination de la THA comme problème de santé publique d'ici 2020	Eliminer la THA comme problème de santé publique d'ici 2020	-Interrompre la transmission - Prendre en charge les cas	Dépistage et Prise en charge des cas Lutte anti-vectorielle	Communautés Agents de santé
Contrôle de l'Ulcère de Buruli par le dépistage précoce et le traitement des cas	Eliminer l'UB comme problème de santé publique d'ici 2020	-Interrompre la transmission - Prendre en charge les cas	Prise en charge des cas Prise en charge des complications Réhabilitation sociale	Communautés services de santé

3.2. LES ACTIVITES

Des actions sont identifiées pour atteindre chaque objectif stratégique. Ces actions s'insèrent dans les objectifs stratégiques retenues et seront mises en œuvre à travers des activités. Les principales activités sont mentionnées dans les tableaux ci-après :

.

Tableau 13 : Activités pour la mise en œuvre de la Priorité stratégique 1 - RENFORCEMENT DU PARTENARIAT, LA PROMOTION, LA COORDINATION ET L'APPROPRIATION DU GOUVERNEMENT		
ACTIVITE	**SOUS-ACTIVITE**	**RESSOURCES**
Objectif stratégique1: Le renforcement des capacités nationales institutionnelles et opérationnelles pour la lutte contre les MTN		
Créer un cadre institutionnel de lutte contre les MTN	Organisation d'un atelier d'élaboration de la politique nationale sur les MTN	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Finalisation du document de politique nationale	Ressource Humaine , documentation, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Organisation d'un atelier de validation du document de politique	Ressource Humaine, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Edition et diffusion du document de politique	reprographie des documents, diffusion, courrier électronique,
	Mise en place d'un comité national de lutte contre les MTN	Ressources humaines, collation, transport, bureautique, impression et reprographie
	Création d'un comité de pilotage multisectoriel des MTN a tous les niveaux (taskforce)	Ressources humaines, bureautique,
Apporter un appui au fonctionnement des programmes MTN	Achat de 10 véhicules 4X4	Ressource financière, ,
	Achat de 100 motos	Ressource financière, ,
	Achat de 10,000 vélos	Ressource financière, ,
	Achat de 4 groupes électrogènes	Ressource financière, ,
	Achat de 20000Sacs imperméables pour les DC	Ressource financière, ,
	appel d'offre	Communiqués radio diffusé, site internet, la presse écrite, cabinet expertise
	Achat de kit informatique (50kit)	Ressource financière
	Dotation moyens de communication (Téléphone flotte et clés internet)	Ressource financière
	Mobilier de Bureau (20)	Ressource financière
	Consommables	Ressource financière
	Fonctionnement (Carburant, lubrifiant)	Ressource financière
	carburant groupe	Ressource financière
	Entretien véhicule/ groupe électrogène/lubrifiant	Ressource financière

Objectif stratégique 3: Renforcement de la capacité de coordination du programme dans la mise en œuvre du plan		
Organiser des réunions transfrontalières MTN		Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
Renforcer les compétences du personnel pour la gestion des MTN	Elaborer un module intégré de formation (atelier de 7 jours)	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
Objectif stratégique 4: Renforcer le plaidoyer, la visibilité et le profil des programmes de lutte contre les MTN		
Renforcer la visibilité des programmes MTN	Elaborer un document de plaidoyer	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Organiser une campagne de médiatisation sur les MTN	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Elaborer et diffuser les supports médiatiques	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem

Tableau 14 : Activités pour la mise en œuvre de la priorité stratégique 2 - Amélioration de la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la pérennité financière des programmes nationaux de lutte contre les MTN

ACTIVITE	SOUS-ACTIVITE	RESSOURCES
Objectif stratégique 1 : Le renforcement des capacités de planification à tous les niveaux (central, régional et préfectoral) dans le cadre de la lutte contre les MTN.		
Elaborer les plans d'actions annuels pour le contrôle/ l'élimination des MTN	Organiser des ateliers régionaux d'élaboration des PAO	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Organisation d'une réunion nationale de validation des plans annuels MTN	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
Incorporer les MTN dans les guides de planification au niveau national, régional et préfectoral	Intégrer les MTN dans les PRDS pendant les CTRS	Ressources humaines
Mettre en place un système de gestion financière et comptable du programme MTN	Elaboration des outils de gestion financières et comptable	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Formation des cadres à la gestion financière et comptable	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
Objectif stratégique 2 : Renforcer l'existant et développer des nouveaux mécanismes pour la mobilisation des ressources en vue de la pérennisation des acquis		
Identifier des nouveaux mécanismes de mobilisation des ressources	Sensibiliser les populations en vue de suicité leur adhésion	Ressources humaines
	Faire le plaidoyer auprès des entreprises et sociétés industrielles et minières pour leur soutien aux activités MTN	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
Renforcer la participation de l'Etat pour le financement des MTN	plaidoyer pour l'amélioration des lignes budgétaires des programmes MTN existants au BND	Ressources humaines

Tableau 15 : Activités pour la mise en œuvre de la priorité stratégique 3 - Amélioration de l'accès aux interventions, au traitement et au renforcement des capacités du système		
ACTIVITE	**SOUS-ACTIVITE**	**RESSOURCES**
objectif stratégique 1 : Mettre à l'échelle des interventions de chimiothérapie préventive		
Réalisation de la cartographie des MTN	Réactualisation de la cartograpghie du Trachome dans les districts dont le TF>30%	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Poursuivre la cartographie des MTN (Schisto /HTS et Filariose lymphatique)	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
Organisation des campagnes de distribution de masse des médicaments.	Organiser un atelier de micro planification ;	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Confection d'outils de la campagne (outils de gestion)	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Approvisionner le niveau opérationnel en intrant de campagne ;	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Former le personnel ;	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem

	Confection des materiels IEC et de messages de sensibilisation ;	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Mobilisation sociale	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Organiser le lancement officiel de la distribution des activités	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Supervision de la campagne	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Evaluation indépendante de la campagne	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Restitution des resultats	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem

Elaboration des plans de progression des interventions sur la chimiothérapie préventive.	Atelier d'élaboration des plans de progression des interventions sur la chimiothérapie préventive	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
Objectif stratégique 2: Mettre à l'échelle des interventions de prise en charge des cas et des complications		
Renforcement du dépistage des cas de MTN à PCC	faire le dépistage des cas dans 3 districts suspects à l'Ulcère de Buruli (Macenta, Guékedou et Beyla)	Carburant voyage et séjour, -Per diem pour 5 agents enquêteurs nationaux et un consultant International. -Per diem des agents de sensibilisation - Médicaments et consommables
	Procéder à la surveillance épidémiologique de THA à Kankan, Siguiri, Pita, Mamou, Mandiana, Koundara)	Transport des enquêteurs locaux - Per diem enquêteurs locaux - Médicaments et consommables
	Prospection médicale de THA à Nzérékoré, Forécariah, Boffa, Boké, Dubréka, Guekedou, Coyah	-Matériel de laboratoire -Per diem de15 agents -Consommables et réactifs de laboratoire -Médicaments préparatoires -Médicaments Spécifiques

Prise en charge des cas et des complications	Prise en charge des cas dépistés (Lèpre, Ulcère de buruli et THA	-Matériel de laboratoire -Per diem de agents -Consommables et réactifs de laboratoire -Médicaments préparatoires -Médicaments Spécifiques
	Prise en charge des complications (Trachome trichiasis, Filariose L, Lèpre, Ulcère de buruli et THA).	-Matériel de laboratoire -Per diem des agents -Consommables et réactifs de laboratoire -Médicaments préparatoires -Médicaments Spécifiques - Boite de chirurgie
Objectif stratégique 3: Réhabilitation et réinsertion socio-économique		
Réhabilitation à Base Communautaire (RBC)	Mettre en place des groupements	- Perdiem, - Transport - Carburant
	Promotion des activités génératrices de revenues	- Perdiem, - Transport - Carburant
Réhabilitation physique	Création des centres de réhabilitation physique	- Bâtiment, - Mobilier - Equipements spécialisés
Objectif stratégique 4: Mise à l'échelle des interventions de contrôle de la transmission des MTN		

Renforcement de la lutte anti vectorielle	Faire des séances de fumigation dans les zones de kassa, Dubréka, Boffa et Forécariah	- 3 séances/an x4 zonesx4ans soit 48 séances - 4 appareils de fumigation - 15000 litres d'insecticide - Location barque motorisée - Per diem de 5agents - Carburant
	Installation de pièges et écrans dans les zones de Kassa, Dubréka, Boffa et Forécariah.	- 6000 pièges - 6000 écrans - Per diem de 20 agents - Per diem de 4 chauffeurs - Carburant
	organisation de campagne de lutte anti vectorielle synchronisée	- Appareils de fumigation - 15000 litres d'insecticide - Location barque motorisée - Per diem de 5agents - Carburant
Objectif stratégique 5 : Mise à l'échelle du renforcement des capacités opérationnelles		
Renforcement des capacités du personnel pour la prise en charge des MTN	Former les agents impliqués dans la lutte contre les MTN à PCT	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication
	Former les agents impliqués dans la lutte contre les MTN à PCC	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication
	Identifier des besoins en équipement	Per diem, carburant, collation, communication
	Achat des équipements	Spécification

Tableau 16 : Activités pour la mise en œuvre de la priorité stratégique 4 : Renforcement du suivi et de l'évaluation des MTN, de la surveillance et de la recherche opérationnelle.

ACTIVITE	SOUS-ACTIVITE	RESSOURCES
Objectif stratégique 1 : Mise en place d'un système intégré de suivi et d'évaluation des activités de lutte contre les MTN		
Assurer le suivi de l'évolution du programme	Mettre en place les supports de collecte de données intégrées des MTN	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Elaborer les indicateurs de monitorage	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Apporter un appui aux activités de monitorage au niveau des régions sanitaires	Ressource Humaine, documentation, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Superviser semestriellement les activités de lutte contre les MTN dans les régions sanitaires	Ressource Humaine, documentation, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Superviser trimestriellement les activités de lutte contre les MTN dans les districts sanitaires	Ressource Humaine, documentation, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Superviser mensuellement les activités de lutte contre les MTN dans les structures sanitaires	Ressource Humaine, documentation, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Participer aux CTRS	Ressource Humaine, documentation, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Participer aux CTPS	Ressource Humaine, documentation, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Réaliser une recherche opérationnelle sur les effets secondaires de l'administration combinée des médicaments	Ressource Humaine, documentation, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem

	Gestion des données	Ressource Humaine, documentation, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
Réaliser les évaluations du programme	Réaliser une évaluation des activités à mi-parcours	Ressource Humaine, documentation, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Réaliser une évaluation des activités à mi-parcours et à la fin du programme	Ressource Humaine, documentation, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem

3.3. SUIVI ET EVALUATION

Il s'agira de superviser régulièrement d'une manière intégrée la mise en œuvre des activités et de mesurer périodiquement les indicateurs en vue d'évaluer les résultats et d'apprécier l'impact des activités de lutte contre les maladies ciblées.

Une surveillance épidémiologique sera mise en place et consistera à identifier des sites sentinelles, à suivre l'évolution des différents taux d'infestation des maladies au sein des communautés endémiques soumises au traitement.

Une surveillance clinique sera renforcée pour le contrôle des complications de la FL, du trachome, de la lèpre, de la THA et de l'UB.

Il se fera en collaboration avec les acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN.

L'évaluation se fera à mi-parcours et à la fin du programme en vue d'analyser le niveau d'atteinte des objectifs du plan de lutte intégrée contre les MTN.

Une évaluation interne sera effectuée à la fin de chaque année (revue annuelle).

I. Collecte de données de base :

Une collecte des indicateurs de base se fera au début, avant le traitement de masse.

II. Suivi de la mise en oeuvre du plan

Les indicateurs de processus et de résultats concerneront chacune des maladies tropicales négligées.

Il s'agira des études qui permettront de suivre l'évolution épidémiologique de la FL, de l'onchocercose, du trachome, de la schistosomiase et des géo helminthiases, de la lèpre, de la THA et de l'Ulcère de Buruli.

Programme de contrôle de la schistosomiase et les géo-helminthiases :

- Indicateurs de processus :

Outre le nombre d'écoles et le nombre d'enseignants formés, le calcul de la couverture thérapeutique est l'un des plus importants indicateurs de processus devant être collectés immédiatement après chaque ronde de traitement.

- Indicateurs de résultat:

Des indicateurs parasitologiques seront collectés 2 à 3 ans après la collecte de données initiales et seront réalisés dans les écoles, juste avant le traitement. Un échantillon représentatif au niveau des écoles sera choisi. Une base ou liste d'échantillonnage sera constituée.

Programme d'élimination de la FL :

Au cours de ces études, la microfilarémie sera évaluée chez 500 personnes incluses dans la cohorte de chaque site, avant et après traitement.

Après chaque tour de traitement de masse pour FL, en plus des sites sentinelles, on choisira au hasard deux « sites de contrôle » pour la même population d'un million d'habitants afin d'y évaluer les couvertures thérapeutiques de Albendazole-Ivermectine, pourcentage (%) des réactions. Les sites de contrôle changeront chaque année.

Programme d'élimination de l'onchocercose et du trachome

- Onchocercose : une couverture géographique de 100% et une couverture thérapeutique d'au moins 80% doivent être atteintes au niveau des zones endémiques. Ces couvertures, en plus du nombre d'agents de santé et d'agents communautaires formés, constituent les principaux indicateurs de processus. Les indicateurs de résultat sont la prévalence et la charge microfilarienne dont le suivi par village sentinelle indique la tendance épidémiologique de l'onchocercose.
- Trachome : une couverture géographique de100% et une couverture antibiotique à l'Azithromycine de 85 % sont recommandées dans les zones où la prévalence du Trachome actif est égale où supérieure à 10 %. Après 3 ans de distribution de masse réussie, une enquête épidémiologique de post contrôle devra être réalisée afin de comparer avec les données d'avant le traitement.

3.4. LE FINANCEMENT DU PROGRAMME

Le financement du Plan Directeur de Lutte contre les MTN 2016-2020 se fera sur la base des contributions de l'Etat et les apports des partenaires techniques et financiers (institutions des nations unies, Agences de coopération bi et multilatérales, sociétés minières, ONG nationales et internationales, organisations communautaires, etc.)

La part de l'Etat représente 10 % et celles des autres partenaires 90 %.

Un tableau ci-après présente les coûts par activité d'une part et la répartition des parts de financement entre l'Etat et les partenaires au développement d'autre part.

QUATRIEME PARTIE : CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN

Le Plan stratégique sera mis en œuvre à travers des plans d'action annuels aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Il sera créé un comité national et un comité de pilotage. Ces instances travailleront en collaboration avec les coordonnateurs des programmes existants.

4.1. LE COMITE NATIONAL :

Définition :

C'est un comité multisectoriel d'action et de suivi

Composition :

Président : Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

Vice-président : DNPSC

Rapporteurs : Coordonnateurs des Programmes

Membres :

Un représentant du ministère de l'agriculture,
Un représentant du ministère de l'hydraulique,
Un représentant du ministère de l'environnement,
Un représentant du ministère de l'administration du territoire et de la décentralisation,
Un représentant du ministère des finances,
Un représentant du Ministère du Budget,
Un représentant du ministère de la communication,
Un représentant du ministère des télécommunications,
Trois représentants des ministères de l'éducation nationale (pré-universitaire, enseignement technique et formation professionnelle, universitaire),
Un représentant du ministère de l'urbanisme et de l'habitat.

Mission :

Développer le partenariat avec les Communautés, les partenaires institutionnels et opérationnels et les bailleurs de fonds

Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources

Evaluer l'état d'avancement des activités en collaboration avec tous les acteurs,

Fonctionnement

Le comité national se réunit une fois par an en session ordinaire sous la présidence du Ministre en Charge de la Santé.

Les mécanismes du comité s'exercent à travers des instances nationales, régionales et préfectorales.

Les mécanismes de mise en œuvre des interventions de lutte contre les MTN seront intégrés au niveau déconcentré à la mise en œuvre des plans régionaux de développement sanitaire (PRDS) et la coordination sera assurée à travers les instances de concertation (CTRS et CTPS)

4.2. LE COMITE DE PILOTAGE

Définition

Le comité de pilotage est une task Force multidisciplinaire et multisectorielle

Composition

Le comité de pilotage est composé d'experts nationaux ayant des compétences dans le domaine de la lutte contre les maladies tropicales négligées.
Il comprend :
Président : DNPSC ;
Vice-président : DPLM ;
Rapporteurs : Coordonnateurs des programmes MTN ;
Membres :
Coordination des programmes (PNLOC/MTN, PNLL, PNLTHA, PNLUB) ;
Un représentant du ministère de la décentralisation ;
Un représentant de la Santé scolaire et universitaire ;
Un représentant par partenaire impliqué dans la lutte contre les MTN.

Mission :

Le comité de pilotage sert d'interface entre le comité national et les coordinations des programmes. Il a pour rôle de :

Faire le plaidoyer auprès des donateurs, des décideurs et des communautés ;

Orienter et suivre la mise en œuvre des programmes en tenant compte des initiatives mondiales et régionales en matière de lutte contre les maladies tropicales négligées ;

Partager l'information à tous les niveaux.

Fonctionnement

Le comité de pilotage se réunit une fois par trimestre en session ordinaire, sous l'autorité de la DNPSC.