République de Guinée

…….

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

…….

Direction Nationale de la Santé Publique

…….

Division Prévention et Lutte contre la Maladie

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES EN GUINÉE (2011- 2015)

Juin 2011

TABLE DE MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS ……..... 3
INTRODUCTION……5

PREMIERE PARTIE: ANALYSE DE LA SITUATION……8
1.1 Profil du pays…… …….8
1.1.1 StructuresAdministrativesDémographiquesCommunautaires.....9
1.1.2 Caractéristiques géographiques ……...10
1.1.3 Situation et Indicateurs Socio-économiques……...10
1.1.4 Transports et Communication……...10
1.2 Analyse de la Situation du Système de Santé ……..11
1.2.1 Objectifs et Priorités du Système de Santé……11
1.2.2 Analyse du Système de Santé dans son ensemble……..11
1.3 Analyse de la Situation des MTN……...13
1.3.1 Epidémiologie et Charge de la maladie……13
1.3.2 Mise en Œuvre du Programme de lutte contre les MTN……14
1.3.3 Lacunes et Priorités

DEUXIEMEPARTIE PROGRAMME STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LES MTN 17

2.1 Mission et Objectifs d'ensemble du Programme de lutte contre les MTN……17
2.2 Principes Directeurs et Priorités
Stratégiques……...18

TROISIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL……19

3.1 Buts ,Objectifs, Stratégies et Cibles du Programme National MTN…… 19
3.2 Renforcement de l'Appropriation par l'Etat, Plaidoyer Coordination et Partenaires ..20
3.3 Renforcement de la Planification axée sur les résultats, mobilisation des ressources et viabilité financière…….……21
3.4 Amélioration de l'accès aux interventions et renforcement des capacités de traitement et de prestation des services…… ..22
3.4.1 Intensification des interventions de chimio prévention…… ……23
3.4.2 Intensification des interventions de prise en charge des cas de MTN…….24
3.4.3 Intensification des interventions de lutte contre la transmission des MTN…….....25
3.5 Renforcement des capacités nationales de gestion et de mise en œuvre du programme de MTN…… ……26
3.6 Suivi et évaluation …… ……28
3.7 Pharmacovigilance dans les activités de lutte contre les MTN ……....29
3.8 Surveillance après intervention et intégration dans les soins de santé primaires ..30
JUSTIFICATIONS ET ESTIMATIONS BUDGETAIRES……..31

ANNEXES……34

ACRONYMES

ALB : Albendazole

APOC : African Program for Onchocerciasis Control

ART. Appréciation Rapide du Trachome

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

Cmfc : 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 L'Habitat

SIZ : Special 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 développe un cadre stratégique de réduction de la pauvreté depuis 2002. Les quatre (4) documents DSRP élaboré de 2002 à 2010 ont mobilisé tous les secteurs de développement en vue de leur implication à ce programme. Le secteur de la santé a mis en œuvre sa politique nationale à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) articulé au DSRP. La mise en œuvre de ce PNDS se fait suivant 5 axes stratégiques qui sont :

La lutte contre la maladie et la réduction de la mortalité Maternelle et néonatale

Le renforcement des capacités institutionnelles et de Gestion

L'amélioration de l'offre de soins et de l'utilisation des services

Le développement des ressources humaines

La promotion de la santé.

Dans le cadre la lutte contre la maladie, un accent particulier a été mis sur les maladies prioritaires,

A.1. Maladies infectieuses et parasitaires: tétanos, rougeole, tuberculose, poliomyélite, diphtérie, coqueluche, hépatite B, fièvre jaune, shighellose, infections respiratoires aiguës (IRA), maladies diarrhéiques

A.2. Infections sexuellement transmissibles(IST) y compris le SIDA

A.3. Paludisme

A.4. Carences nutritionnelles et alimentaires

A.5. Onchocercose et lutte contre la cécité intégré à ce jour dans les maladies tropicales négligées

A.6. Maladies chroniques et héréditaires: lèpre, hypertension artérielle, diabète, asthme, drépanocytose, carie dentaire, maladies mentales

A.7. Santé de la reproduction et mortalité maternelle

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

L'OMS définit les Maladies Tropicales Négligées (MTN) comme des maladies affectant presque exclusivement les populations pauvres et marginalisées vivant dans les régions rurales et les quartiers urbains défavorisés des pays à faible revenu.

Il existe essentiellement 20 affections identifiées comme MTN et qu'on peut ranger en 3 catégories :

1. Les MTN dont l'élimination ou l'éradication est possible : lèpre, filariose lymphatique, onchocercose, ver de Guinée, trachome ;
2. Les MTN pour lesquelles il existe des outils permettant d'aboutir à leur contrôle : SCH, HTS, rage, pian, leishmaniose cutanée, échinococcose, cystercose ;
3. Les MTN pour lesquels il faut promouvoir des interventions novatrices pour venir à bout : dengue, charbon, brucellose, ulcère de Buruli, TH Africaine (maladie du sommeil), TH Américaine (maladie de Chaggas), leishmaniose viscérale, encéphalite japonaise.

Du point de vue de la stratégie de prise en charge de ces affections, les MTN sont classées en deux grands groupes :

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

On estime que, dans le monde, plus d'un milliard de personnes sont atteintes d'une ou plusieurs maladies négligées. La Guinée n'échappe pas à ce fléau aux multiples facettes qui frappe les populations des régions les plus pauvres et marginalisées. De nombreuses personnes sont affectées par plusieurs maladies négligées. Cet environnement représente bien une entrave au développement socio-économique et une barrière additionnelle à franchir pour sortir de la pauvreté.

Outre les MTN répondant à la CTP qui sont fréquentes en Guinée (onchocercose, filariose lymphatique, trachome, SCH et HTS), les autres maladies rencontrées dont le traitement est essentiellement la PCC sont principalement la lèpre, la THA et l'ulcère de Buruli pour lesquels il existe déjà des programmes opérationnels

Un plan stratégique a été élaboré et qui établit la situation actuelle des cinq maladies négligées répondant à la CTP avec la mise en place d'une cellule de coordination rattachée au Programme National de Lutte contre l'Onchocercose et la Cécité (PNLOC) et d'un comité de pilotage. Le choix de ces 5 maladies se base sur la conjonction de plusieurs facteurs dont : une superposition des aires d'endémie de plusieurs d'entre elles, une approche thérapeutique préventive similaire par les médicaments utilisés, une stratégie de distribution de médicaments optimisée pour accroître la couverture géographique et thérapeutique des interventions, et une combinaison de médicaments qui permet de traiter de façon concomitante, un éventail de maladies tropicales négligées.

Le présent plan stratégique prend en compte les MTN à chimiothérapie préventive (CTP) et les autres maladies dont la stratégie est la prise en charge des cas (lèpre, Trypanosomiase Humaine Africaine, ulcère de Buruli).

Cette intégration des plans directeurs répond aux recommandations de l'OMS aux Pays pour la co-implémentation de la lutte contre les MTN et aux vœux des partenaires pour une harmonisation des activités sur le terrain en vue de minimiser les coûts des interventions.

Le présent document s'articule autour de quatre parties :

I. L'analyse de la situation
II. Les orientations stratégiques
III. Le cadre opérationnel de mise en œuvre
IV. Financement des activités

Sa rédaction a été possible grâce à la participation des cadres du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et d'autres institutions, organisations internationales ou non gouvernementales qui sont les acteurs au quotidien de la lutte contre les maladies négligées en Guinée. Les informations recueillies ont été fournies sur la base d'études et de rapports préexistants. Des informations additionnelles ont été fournies oralement pour clarifier ou pour venir en complément de la documentation disponible.

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

PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 PROFIL DU PAYS

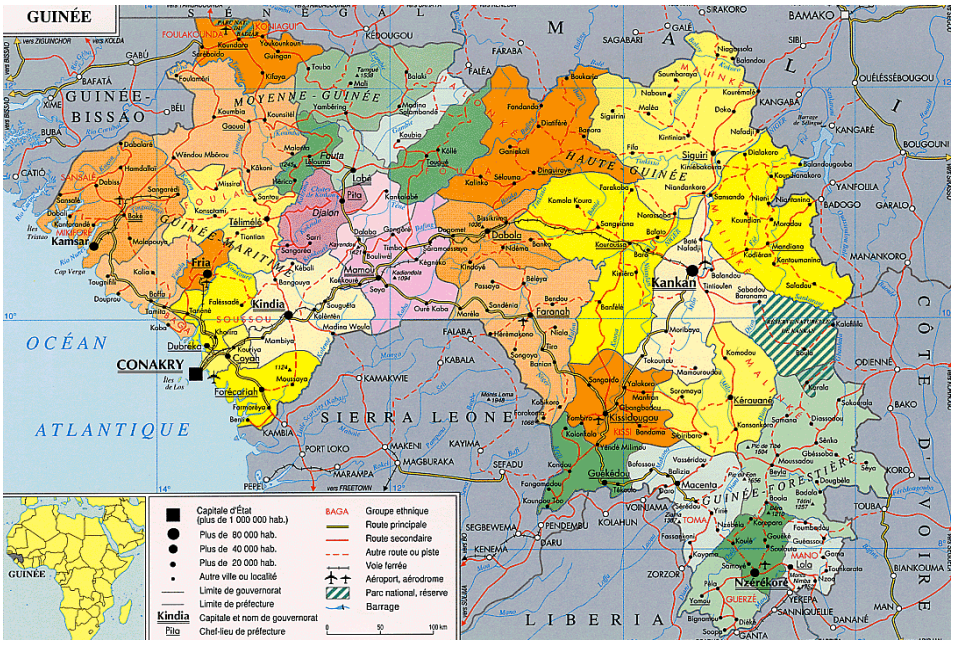
1.1.1 Structures administratives, démographiques et communautaires

La Guinée est un Etat laïc, indépendant depuis le 2 octobre 1958, avec un régime présidentiel, et doté d'un parlement.

Au plan administratif, la Guinée est divisée en 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée spécifique. Le pays compte 33 préfectures (districts sanitaires), 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 302 communautés rurales de développement (aires sanitaires). Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers (urbains) et 1615 districts (ruraux). (EDS, 2005).

L'organisation communautaire connait également des structures qui participent dans les actions de santé : comités de santé et d'Hygiène, associations de ressortissants, ONG locales. Des mutuelles d'aires de santé et 73 mutuelles pour les risques liés à la grossesse et à l'accouchement (MURIGA) sont fonctionnelles dans plusieurs CRD. De nombreux groupements agricoles et artisanaux se développent. Les associations féminines et de jeunesse exercent leurs activités dans divers domaines dont celui de la santé.

Graphique 1 : Carte administrative de Guinée



Les données démographiques

Sur la base des perspectives du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) réalisé en 1996, la population du pays est estimée à **11.840.815** d'habitants en 2011, dont 48 % d'hommes et 52 % de femmes. La population guinéenne est jeune : les personnes âgées de moins de 15 ans représentent 45 % de la population totale. Près de 70 % de la population vit en zone rurale. Conakry - la capitale - compte environ 2 millions d'habitants.

Le taux d'accroissement naturel est de 2.8 %. Les projections indiquent que si ce taux se maintient à ce rythme de croissance, la Guinée comptera environ 14 000 000 d'habitants en 2018.

La population guinéenne est affectée par d'intenses mouvements migratoires internes qui font de la Moyenne Guinée et de la Haute Guinée des régions d'émigration à destination de la Guinée Maritime, (notamment à Conakry) et de la Guinée Forestière. Quant à la migration internationale, elle reste faible malgré l'ouverture du pays à l'extérieur depuis 1984. Toutefois, depuis plus de 10 ans, la Guinée a enregistré plus d'un demi-million de réfugiés en provenance du Libéria, de la Sierra Léone, de la Guinée Bissau et de la Côte d'Ivoire, suite aux guerres civiles qui ont éclaté dans ces pays frontaliers. Face à la crise politique qui sévit aujourd'hui en Côte

d'Ivoire, on assiste de nouveau à un afflux de réfugiés qui modifie encore le contexte démographique et épidémiologique au niveau des régions frontalières avec ce Pays.

Tableau 1 : Répartition de la population, des écoles et formations sanitaires par District Sanitaire

Région	District	District commun**	Pop estimée 2011	Moins de 5ans	5-14 ans	Nbre écoles primaires	Nbre de CS/PS
Boké	Boffa	242	220 727	44 145	55 182	172	23
	Boké	264	535 552	107 110	133 888	305	36
	Fria	219	131 191	26 238	32 798	81	19
	Gaoual	222	187 452	37 490	46 863	133	20
	Koundara	229	119 984	23 997	29 996	127	14
Faranah	Dabola	244	173 607	34 721	43 402	131	37
	Dinguiraye	266	195 147	39 029	48 787	109	23
	Faranah	206	204 035	40 807	51 009	189	24
	Kissidougou	249	309 060	61 812	77 265	235	62
Kankan	Kankan	233	412 683	82 537	103 171	273	18*
	Kerouane	180	289 463	57 893	72 366	135	8*
	Kouroussa	217	215 084	43 017	53 771	158	12*
	Mandiana	192	278 567	55 713	69 642	163	12*
	Siguiri	191	476 727	95 345	119 182	309	15*
Kindia	Coyah	93	166 233	33 247	41 558	150	21
	Dubréka	194	256 407	51 281	64 102	186	25
	Forécariah	248	452 948	90 590	113 237	173	40
	Kindia	200	535 986	107 197	133 997	308	49
	Télimélé	235	286 005	57 201	71 501	329	40
Labé	Koubia	158	121 998	24 400	30 500	104	24
	Labé	238	350 109	70 022	87 527	261	67
	Lélouma	224	157 350	31 470	39 337	150	30
	Mali	228	225 858	45 172	56 465	261	60
	Tougué	226	168 824	33 765	42 206	144	31
N'zerekore	Beyla	258	256 008	51 202	64 002	208	41
	Gueckedou	235	858 668	171 734	214 667	224	56
	Lola	264	246 601	49 320	61 650	137	32
	Macenta	252	577 931	115 586	144 483	263	67
	N'zerekore	162	426 198	85 240	106 550	239	60
	Yomou	152	358 413	71 683	89 603	113	30
Mamou	Dalaba	231	199 132	39 826	49 783	167	58
	Mamou	230	417 887	83 577	104 472	331	60
	Pita	234	289 007	57 801	72 252	243	69
Conakry	Dixinn	72	235 123	47 025	58 781	97	4
	Kaloum	94	116 505	23 301	29 126	24	5
	Matam	73	251 085	50 217	62 771	90	3
	Matoto	165	621 150	124 230	155 287	450	6
	Ratoma	169	516 107	103 221	129 027	426	9
	TOTAL	**7 789**	**11 840 815**	**2 368 163**	**2 960 204**	**7 598**	**1145**

* : CS uniquement

** : regroupe plus d'un village

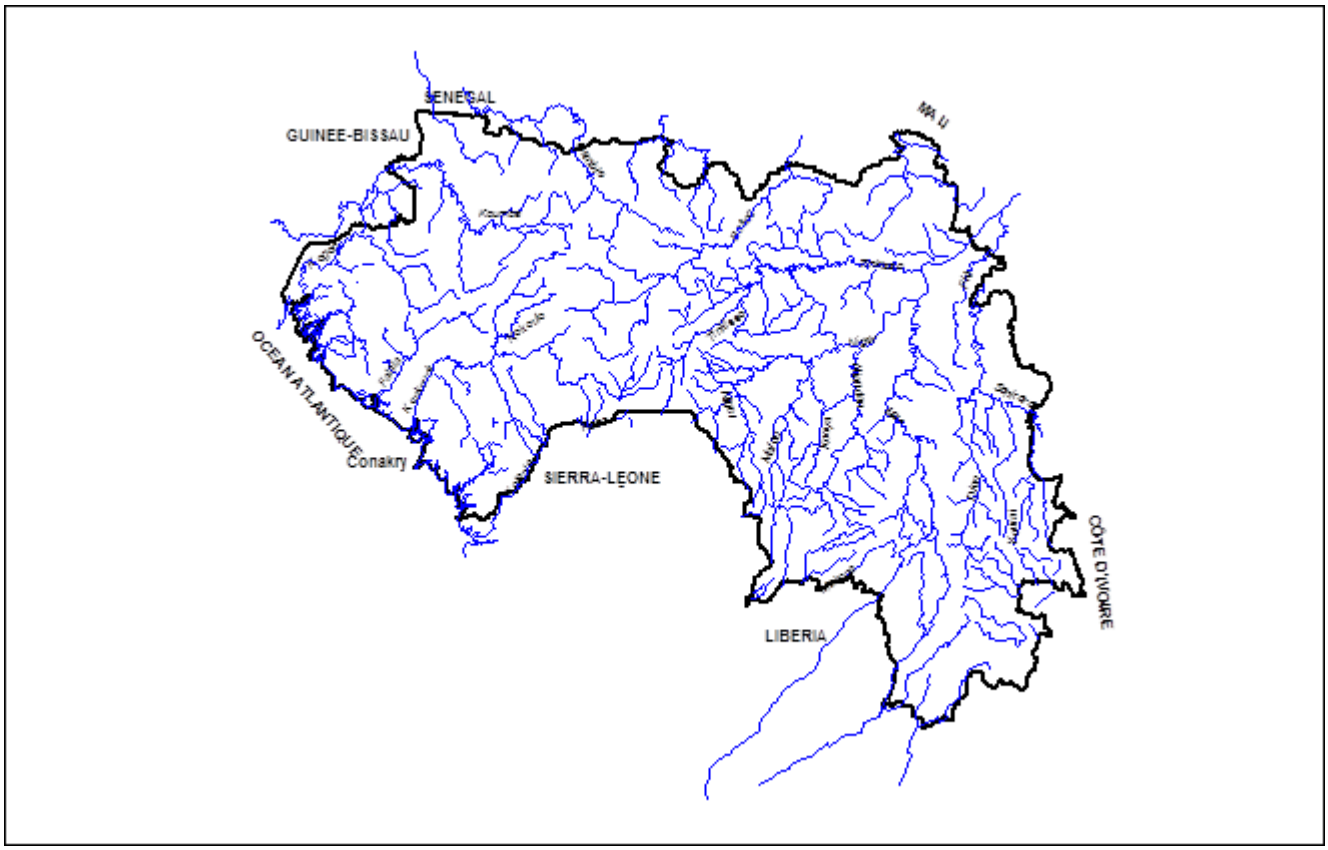
		Taux d'accroissement	1,028	% 1 à 4 ans	16%
% Enft Age pré-scol :	16%	% de 6 à 59 mois :	19%		
% Enft Age scol :	25%	% 5 ans et plus :	80%		
% de 0 à 6 mois :	1%	% de 6 à 11 mois :	3%		

1.1.2 Caractéristiques géographiques

La République de Guinée est un pays côtier situé à l'Ouest du continent africain. Elle partage ses frontières avec six pays : La Côte d'Ivoire, la Guinée Bissau, le Liberia, le Mali, le Sénégal, et la Sierra Léone. Elle a une ouverture de 300 kilomètres sur l'Océan Atlantique à l'Ouest.

- Sa superficie est de 245.857 Km². Son climat tropical chaud et humide se caractérise par deux saisons, l'une pluvieuse, de mai à octobre et l'autre sèche de novembre à avril. Sur le plan géographique, La Guinée est divisée en 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 qui varient entre 3000 et 4000 mm d'eau par an.
- La moyenne Guinée est une région de massifs montagneux qui couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles qui varient entre 1500 et 2000 d'eau mm.
- La haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays et où le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm d'eau par an.
- La Guinée forestière est un ensemble de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national, avec une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm d'eau. (source : PNDS)
- Tableau 2 distances entre les principales villes page 35 du guide
- Sur le plan de l'hydrographie, la Guinée a un réseau hydrographique très dense qui fait de ce Pays le château d'eau de l'Afrique occidentale. La plupart des fleuves qui irriguent les Pays environnants prennent leur source en Guinée : fleuves Sénégal, Niger, Sankarani, Mano river, Koliba, Konkouré, etc.

Graphique 2 : Réseau hydrographique de Guinée



1.1.3 Situation et indicateurs socio-économiques

Contexte socio-économique

La Guinée dispose d'un potentiel économique considérable couvrant le secteur de l'agriculture, y compris les petites exploitations individuelles (céréales, racines et féculents, légumineuses, etc.) qui occupe 80 % de la population, le secteur de la pêche et celui des ressources minières et hydroélectriques. Elle possède 2/3 des réserves mondiales de bauxite, d'importants gisements de fer à forte teneur, d'or et de diamant. Le secteur minier participe dans le financement du développement à hauteur de 60 % des recettes fiscales et représente 80 % de la valeur des exportations.

La politique économique de la Guinée est basée sur le libéralisme économique adopté en 1985 et la monnaie nationale est le franc guinéen (GNF = Guinée Nouveau Franc).

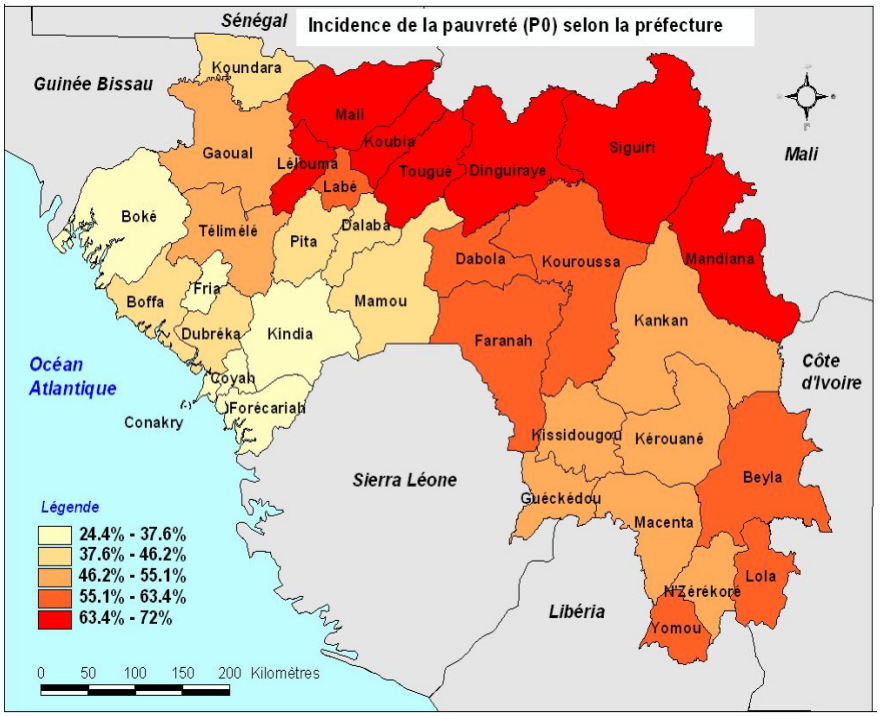
Les indicateurs économiques montrent que le taux d'accroissement du PIB en termes réels est de 1,90% et le taux d'inflation est de 20,40% (DSRP4 2010-2011)

Depuis 2003, la pauvreté s'est fortement aggravée. Les estimations réalisées par la Banque Mondiale et le Ministère du Plan à travers la Direction Nationale de la Statistique (DNS)

indiquent que l'incidence de la pauvreté a atteint 50 % en 2003, 50,1 % en 2004 et 53,6 % en 2005, 53% en 2007 et 2008, 54% en 2009 et 55% en 2010. Parmi ces individus pauvres, 18,2%vivent en pauvreté extrême. Les préfectures qui enregistrent un degré de pauvreté accentué sont celles qui forment la dorsale Nord et nord-est de la Guinée, avec des taux de pauvreté variant entre 67 % et 72 %. (Source DSRP4),

Cette dégradation du niveau de vie des Guinéens est consécutive à la forte détérioration de la situation économique du pays à partir de 2003.

Graphique 3 : Incidence de la pauvreté par DS



Agriculture et élevage

Le secteur agricole a constamment régressé en valeur relative dans le PIB, passant de plus de 90% avant l'indépendance à 62% en 1971, 46% en 1988 et moins de 20% actuellement. Sa part dans les exportations est tombée de plus de 90% en 1958 à 7% de nos jours. La raison de cette évolution tient à l'essor des activités minières (gisements de bauxite en particulier). La modernisation du secteur agricole (infrastructures, développement...) est assurée par l'exploitation des ressources minières.

Le potentiel hydrographique est abondant - le pays n'est-il pas appelé à juste titre, le château d'eau de l'Afrique de l'Ouest ! -, la carte climatique (découpée en quatre zones différentes) autorise des cultures tout au long de l'année, et les terres arables foisonnent. Pourtant, elle est encore très loin d'atteindre l'autosuffisance alimentaire. Tout pousse ou presque en Guinée : riz, tomates, oignons, café, cacao, bananes, melons. Cependant, on importe de tout. Pourquoi?

D'abord parce que la production agricole est des plus faibles. Ce sont de petites quantités récoltées par des paysans sur de petites surfaces.

Sur 7 millions d'hectares de terres arables, à peine le sixième est exploité ! Les statistiques sont éloquentes: plus de la moitié des Guinéens travaillent dans l'agriculture, mais le secteur contribue pour à peine 18 % à la formation du PIB. Par ailleurs, l'insuffisance d'infrastructures de base, telles que les routes et les ponts, freine la commercialisation des cultures vivrières.

En 1991, en effet, le gouvernement a défini, dans un document intitulé «Lettre de politique de développement agricole », un ensemble d'orientations à suivre : nécessité de développer la riziculture pour diminuer les importations de cette denrée, relance des cultures d'exportation, promotion de l'élevage et de la pêche.

Avec le soutien des institutions multilatérales ou bilatérales de financement telles que la Banque mondiale, l'Union européenne et l'Agence française de développement, les autorités ont pu procéder à des aménagements hydroagricoles à l'ouverture ou à la réfection de pistes villageoises, au forage de points d'eau en zones rurales et périurbaines.

Le programme a permis d'améliorer les résultats des activités agricoles, animales et halieutiques. La production de riz s'est accrue de plus de 50 % entre 1985 et 1998, passant de 350000 t à 750 000 t, celle du coton progressant de 70 % entre 1996 et 1998, même s'il ne s'agit là, pour cette culture de rente, que de tonnages peu importants dont l'influence sur la croissance du PIB est encore négligeable.

Education

Le taux d'alphabétisation de la population varie entre 40 % et 50 % selon les régions.

Le taux net de scolarisation 2008/2009 est de 79%

En ce qui concerne le taux d'alphabétisation des adultes, un écart important a été observé entre les hommes et les femmes. En effet, en 2003, le taux national enregistré était de 45,7% chez les hommes, contre 14,1% seulement chez les femmes (soit 28,3% pour l'ensemble). Il en ressort

que les hommes étaient 3,2 fois plus alphabétisés que les femmes. En 2005, cet indicateur a atteint 16,1% chez les femmes, contre un taux réduit de 44,1% chez les hommes. (Source : DSRP 4)

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. Selon le DSRP 4, le taux d'accès à l'eau potable (eau de robinet, forage ou puits protégés) est de 73,8% en 2007 (85,6% en zone urbaine et 52,8 % en zone rurale).

Selon la même source, en 2007, 31,3% des ménages disposaient de toilettes adéquates (chasse d'eau, latrines couvertes ou latrines ventilées améliorées), contre 25,4% en 2002, soit une augmentation annuelle de 1,2%. Les ménages disposant de toilettes avec chasse d'eau sont rares (moins de 3%) et à peine 1% des ménages ont accès à un réseau d'égouts et sont essentiellement concentrés à Conakry. Même à Conakry, ce taux était de 2,2% en 2007. Pour se débarrasser des eaux usées, plus de neuf ménages sur dix (90,7%) font recours à la rue ou à la nature. En milieu urbain, ce taux est de 76,1%. Au total, environ 21% ne disposent pas de toilette. Avec la tendance actuelle, seulement 34,9% des ménages auront des toilettes adéquates en 2010.

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.

Tableau 2 : Les principaux indicateurs sociodémographiques

Développement humain:	
Espérance de vie	54 ans
Démographie et santé:	
Taux de croissance annuel de la population	3,1 %
Taux de natalité (‰)	36,9
Taux d'accouchement assisté	38%
Taux de mortalité maternelle	
Pour 100 mille naissances vivantes	980
Taux de mortalité infantile (‰)	91
Taux de mortalité infanto-juvénile (‰)	163
pourcentage du budget national pour la santé (source :CDMT 2009-2010)	2,87%
Indicateurs socioéconomique	
Taux de croissance du PIB en termes réels (source DSRP4 P.39)	1,90 (2010)
Taux d'inflation (en glissement annuel) (source : DSRP4 2010-2011)	20,40% (2010)
Nutrition	
Malnutrition chronique	36%
Insuffisance pondérale	26%
Taux de carence en Iode	26%
Accès des ménages au sel iodé	55%
Indice de pauvreté	
Incidence de la pauvreté au niveau national en 2010 (DRSP 4)	55%

2 Sources : DSRP4 (2010-2011) ; EDSG III (2005) ; Rapport UNICEF 2008

2.1.1 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 existent à l'intérieur.

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. Pour atteindre cet objectif, le secteur devrait réaliser un taux de croissance de 3,6% en 2011 et 4,3% en 2012 contre 1,4% en 2010.

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 récemment signée avec la BSGR). La mise en œuvre de la politique de développement des pistes rurales, des routes nationales et des axes d'intégration sous-régionale.

La politique commerciale vise quant à elle à réaliser un taux de croissance de 3,2% en 2011. Pour atteindre cet objectif, il sera mis en œuvre une série de mesures dont entre autres : la promotion et le développement des exportations de produits agricoles, le renforcement des capacités de négociation commerciales et l'appui institutionnel au développement des exportations commerciales.

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. De nombreuses sous préfectures sont aussi couvertes par au moins un opérateur téléphonique. Le réseau internet se développe dans le cadre des NTIC. Tous les chefs lieux de région sont couverts par l'internet, ainsi que quelques préfectures. Les clés USB internet font leur apparition chez tous les operateurs de téléphonie mobile.

Le développement des télécommunications est une opportunité pour l'amélioration du système d'information sanitaire.

Le secteur des télécommunications a connu des progrès significatifs ces dernières années. En effet, le taux de pénétration de la téléphonie mobile est passé de 2% en 2005 à plus de 36%, en 2008, soit une augmentation de 34,7 points de pourcentage en trois ans, ce qui est largement au dessus de l'objectif de 25% en 2010. L'information générale est véhiculée par le réseau des radios rurales et communautaires, la radio télévision nationale qui couvre tout le territoire national et les radios privées dont la couverture est encore limitée à Conakry et ses environs. Les lieux de rassemblements sociaux et religieux constituent aussi des moyens utilisés pour l'information et l'éducation de la population.

On note la disponibilité de différentes flottes de communication **(OMS et APDNS)** pour la surveillance épidémiologique et qui couvrent tous les districts sanitaires.

Tableau 3 : Distances inter-préfectorales :

DISTANCES INTER- PREFECTORALES

	CONAKRY	BEYLA	BOFFA	BOKE	DABOLA	DALABA	DINGUIRAYE	COYAH	FARANAH	FORECARIAH	FRIA	GAOUL	GUECKEDOU	KANKAN	KEROUANE	KINDIA	KISSIDOUGOU	KOUBIA	KOUNDARA	KOUROUSSA	LABE	LELOUMA	LOLA	MACENTA	MALI	MAMOU	MANDIANA	NZEREKORE	PITA	SIGUIRI	TELIMELE	TOUGUE	YOMOU
CONAKRY	0																																
BEYLA	950	0																															
BOFFA	146	1024	0																														
BOKE	300	1178	154	0																													
DABOLA	430	520	504	658	0																												
DALABA	325	725	399	553	205	0																											
DINGUIRAYE	545	635	619	773	115	320	0																										
COYAH	50	300	124	278	380	275	495	0																									
FARANAH	460	629	534	688	92	235	224	410	0																								
FORECARIAH	100	950	174	328	430	325	545	50	460	0																							
FRIA	159	1040	92	250	520	415	635	140	550	190	0																						
GAOUL	395	990	339	185	470	265	585	356	500	513	431	0																					
GUECKEDOU	674	280	748	902	323	449	438	624	214	674	764	714	0																				
KANKAN	690	260	764	918	260	465	375	640	328	690	780	730	275	0																			
KEROUANE	835	115	909	1063	405	415	520	785	473	835	875	875	420	175	0																		
KINDIA	134	813	211	365	293	188	408	87	325	137	227	453	537	553	698	0																	
KISSIDOUGOU	601	360	668	822	243	369	358	544	139	594	684	634	93	190	340	457	0																
KOUBIA	475	875	549	703	355	150	470	425	385	475	565	235	599	615	760	338	519	0															
KOUNDARA	680	1080	456	610	560	355	675	465	590	680	630	111	804	820	965	523	724	325	0														
KOUROUSSA	595	355	669	823	164	370	280	545	274	595	685	635	370	92	240	458	208	520	725	0													
LABE	431	915	489	643	295	93	410	365	325	415	505	175	539	555	700	278	459	60	265	460	0												
LELOUMA	485	885	559	713	365	160	480	435	395	485	575	245	609	625	770	348	529	130	335	530	70	0											
LOLA	999	175	1199	1353	695	900	810	1075	504	964	1054	1004	290	435	290	827	370	889	1094	530	889	899	0										
MACENTA	801	180	848	1002	423	549	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	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	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	460	725	413	775	865	815	365	85	230	638	280	700	905	180	640	710	520	365	760	500	0						
N'ZEREKORE	954	125	1159	1313	655	860	770	1035	464	924	1014	964	256	395	250	707	330	849	1054	490	789	859	45	147	909	649	480	0					
PITA	396	775	449	603	255	50	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	505	770	458	820	410	860	705	134	275	683	325	745	950	225	685	755	565	410	805	545	215	525	645	0			
TELIMELE	265	950	348	502	430	325	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		
TOUGUE	521	900	574	729	300	175	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	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

2.2 Analyse de la situation du système de santé

2.2.1 Objectifs et priorités du système de santé

En 2003, la Guinée s'est dotée du plan national de développement sanitaire qui « vise à mettre en place, d'ici l'an 2015, un système de santé accessible et capable de répondre aux besoins de santé de la population et de contribuer à la réduction de la pauvreté ». Pour sa mise en œuvre, le PNDS est basé sur 5 axes stratégiques :

1. **La lutte intégrée contre la maladie et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto juvénile :** Elle vise à créer les conditions permettant de réduire la morbidité, la mortalité et les complications liées aux maladies prioritaires y compris les MTN, conformément aux objectifs du millénaire pour le développement, retenus dans la stratégie de réduction de la pauvreté ;
2. **Le renforcement des capacités institutionnelles et de gestion** qui passera par des réformes prioritaires et la réorganisation du système, notamment la réforme du statut des établissements de soins et pharmaceutiques tant du secteur public que du secteur privé, la redéfinition des paquets d'activités par niveau et le développement de la recherche ;
3. **L'amélioration de l'offre et de l'utilisation des services :** Cet axe vise à garantir la disponibilité et l'accessibilité géographique et financière des services de qualité, répondant aux besoins des populations et susceptibles de les inciter à utiliser davantage ces services aussi bien dans le public que dans le privé. Elle vise également à favoriser le développement des services à base communautaire.
4. **Le développement des ressources humaines** : Le développement des ressources humaines vise à rendre disponible un personnel compétent, motivé, suffisant et responsable dans toutes les structures de santé du pays. Il passera par l'amélioration de la gestion numérique des ressources humaines, l'amélioration de la motivation du personnel et l'intégration des cycles et des programmes de formation.
5. **La promotion de la santé** qui est basé sur le renforcement de la promotion de la santé et de la participation communautaire aux actions de santé.

2.2.2 Analyse du système de santé dans son ensemble

Organisation du système de santé

Le Système est organisé de façon pyramidale à 3 niveaux ainsi que présenté dans le tableau suivant :

Tableau 4 : Structure générale du Ministère de la Santé

Niveau	Structures administratives	Structures de soins	Instances de coordination	Organes d'orientation
National (Central)	Directions Nationales • Services d'appui • Services rattachés • Etablissements publics	Hôpitaux Nationaux	Comité Technique de Coordination	Conseil National de la Santé Commissions Nationales Conseil d'Administration des Hôpitaux Nationaux
Régional (Intermédiaire)	Directions Régionales de la Santé	Hôpitaux Régionaux	Comité Technique Régional de la Santé	Comité Régional de Santé Conseil d'Administration de l'Hôpital Régional
Préfectoral (Périphérique)	Direction Préfectorale de la Santé (DPS) = District Sanitaire (DS)	Centres Médico-Communaux Hôpitaux Préfectoraux Centres de Santé Postes de Santé	Comité Technique Préfectoral de la Santé	Conseil Consultatifs des Hôpitaux Comités de Santé et d'Hygiène gestion des centres de santé Comité villageois de santé et d'Hygiène

Le système de soins guinéen est composé des sous-secteurs public et privé.

- Le sous-secteur public est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet : les postes de santé (628), les centres de santé ou aires de santé (410) dont 7 améliorés, les centres médicaux communaux (9), les hôpitaux de districts sanitaires (26), les hôpitaux régionaux (7), les deux hôpitaux nationaux et les services spécialisés (CNTS, INSE, Centre National d'Hémodialyse, CRO, CADESSO …).

Le sous-secteur privé comprend :

les structures médicales de soin : cabinets de consultations et de soins (216), les cliniques médico-chirurgicales (28), les polycliniques (8), les cabinets dentaires(13) et les cabinets de sages-femmes (17).

En plus de ces structures, il faut noter la présence structures des soins services au niveau des sociétés minières : Hôpital de Kamsar, Sangaréy, Russal Fria, Débélé, SAG, Gbenko, Ph Pbliton.

Le secteur pharmaceutique et biomédical compte 284 officines privées dont 78,5 % à Conakry, 39 points de vente installés en général dans les zones rurales, 16 agences de promotions (toutes dans la capitale), 25 structures grossistes et répartiteurs de médicaments dont un seul à l'intérieur du Pays et 5 laboratoires d'analyse biomédicale à Conakry.

Le secteur médical et pharmaceutique informel se développe de manière anarchique.

Ressources du secteur de la santé

Cette partie présente les informations sur les ressources du secteur de la santé et porte sur les infrastructures et les ressources humaines (Annuaire statistique 2006).

Infrastructures sanitaires

Le tableau 3 montre, par type, le nombre de structures des secteurs publics et privés du Pays. L'ensemble des infrastructures présente des états physiques et fonctionnels différents à cause des décalages dans leur réalisation et de la faiblesse de la maintenance. De nombreuses structures ne sont pas fonctionnelles du fait de leur état physique. En outre, les besoins de rénovation et d'extension des hôpitaux se font ressentir pour respecter les normes d'établissements de soins.

Tableau 5 : Structures publiques et privées

Typologie	Nombre
Postes de santé	628
Centres de santé	410
Hôpitaux préfectoraux	26
Centres Médico - Communaux (CMC)	9
Hôpitaux Régionaux	7
Hôpitaux nationaux	2
Cabinets de Consultations et soins	216
Centres médico – chirurgicaux	28
Polycliniques	8
Cabinets dentaires	13
Cabinets de sages femmes	17

Source : Annuaire 2006 des statistiques sanitaires.

Ressources humaines

Le Département de la Santé publique emploie environ 6 717 personnes, réparties en personnel soignant (80 %) et personnel de soutien (20 %). Le tableau ci-après donne la répartition du personnel soignant.

Tableau 6 : Corps Professionnel de la Santé par catégories et par corps 2009 (DRH-MSHP)

Corps Professionnelle Santé	Total	Normes OMS
Médecin	1350	
Pharmaciens	305	
Biologistes	370	
Chirurgiens Dentistes	17	
Infirmiers	1200	
ATS	2885	

Sages Femmes	401	
Techniciens de Santé	70	
Préparateur en Pharmacie	190	
Techniciens de Labo	170	
Techniciens Odonto	20	
Techniciens Radio	15	
Techniciens Santé Publique	78	
Total	**7071**	

Il faut noter que 49 % de ce personnel en exercice dans les structures de soins travaillent dans les hôpitaux. Il ressort également de ce tableau que 72,5 % de ce personnel travaillent dans les zones urbaines (hôpitaux et centres de santé urbains) où vivent seulement 30 % de la population.

Produits pharmaceutiques

L'approvisionnement en produits pharmaceutiques est assuré au niveau national par deux sources officielles : la Pharmacie centrale de Guinée (PCG) et les grossistes privés. La disponibilité et l'accessibilité des produits pharmaceutiques ne sont pas satisfaisantes. En conséquence, cette situation a entraîné un développement rapide et incontrôlé du secteur informel illicite, compromettant ainsi dangereusement la santé de la population, à travers la qualité des médicaments utilisés et la vente de contrefaçons.

Le secteur public

Le représentant principal de ce secteur est la Pharmacie Centrale de Guinée qui "accomplit une mission industrielle et commerciale, d'intérêt général et de service public. Elle assure l'approvisionnement en produit de santé de qualité, des structures sanitaires, des ONG participant au service public, des projets de coopération bi et multilatérale, des universités, des institutions et autres établissements pharmaceutiques autorisés par le Ministère de la santé du secteur public.

La Pharmacie Centrale de Guinée a le statut d'Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial; elle possède 5 magasins relais au niveau des régions.

A coté de ce représentant principal, il existe aussi des programmes verticaux utilisant d'autres méthodes d'achat et d'autres réseaux de distribution. C'est le cas pour les vaccins gérés par le Programme Elargi de Vaccination (PEV), les antirétroviraux gérés par le Programme National de prise en Charge sanitaire et de prévention (PNPCSP), les antipaludiques gérés par le Programme National de lutte contre le Paludisme, les antituberculeux, gérés par le Programme national de lutte contre la tuberculose, les anti-lépreux par le Programme national de lutte contre la lèpre.

Le secteur privé

Une part importante des activités pharmaceutiques du pays revient à ce secteur. Il est représenté à ce jour par 19 sociétés grossistes - répartiteurs, 273 officines dont 213 dans la capitale. Il y a 17 agences de promotion enregistrées (Source DNPL).

A ces deux secteurs s'ajoute pour les secteurs publics, parapublics et privés :

Les ONG de santé ayant des activités pharmaceutiques.

Le secteur confessionnel, (6 centres à Conakry).

Les aides internationales et bilatérales.

Les compagnies minières.

Médecine traditionnelle

Quelques études menées sur l'itinéraire thérapeutique montrent que la majorité des malades commencent ou terminent leurs soins en médecine traditionnelle. Lorsque certains signes (trichiasis par exemple) apparaissent, le malade n'est pas souvent conduit à une structure de soins «moderne», sauf en phase terminale. Ceci montre l'importance accordée à la médecine traditionnelle par la population et le poids des croyances sur le choix de leurs options thérapeutiques.

Leur intégration appropriée dans le système de santé permettra une meilleure prise en charge des patients et permettra la Recherche et le Développement dans ce domaine.

Ressources financières et financement du secteur santé

Le système de santé est financé par trois sources, à savoir :

- Le budget de l'Etat,
- Les recouvrements de coûts des prestations réalisées par les structures de soins,
- La contribution des parténaires

Budget de la Santé

La part des allocations du budget de l'Etat à la santé par rapport au PIB est restée constante en 2007, 2008 et dans les projections de 2009 et 2010. Cette part représente le taux constant en 2007 et 2008 de 3,52% du budget y compris le financement extérieur et l'assistance humanitaire et 4,31% du budget hors financement extérieur et l'assistance humanitaire.

Le taux d'exécution de ces allocations budgétaires sur les quatre dernières années (2004-2007) est de 57% base engagements et 52% base paiements.

Ces chiffres indiquent que la part relative du budget national consacré à la santé reste encore faible au regard de la Déclaration des Chefs d'Etat à Abuja, Déclaration appuyée par la réunion Ministérielle d'avril 2008 à Ouagadougou. Cette Déclaration recommande aux Gouvernements Africains de réserver à la santé 15% de leurs budgets s'ils veulent atteindre les OMD. C'est dire que l'Etat doit fournir des efforts considérables pour réduire sa dépendance du financement extérieur et prendre en charge les problèmes de santé prioritaires de la population, notamment le paludisme, la mortalité maternelle et infantile, le SIDA, la tuberculose, les maladies contrôlables par la vaccination.

Tableau 7 : Budget de la Santé

Ligne budgétaire	**MONTANT (en millier)**			
	2005	**2006**	**2007**	**2008**
Budget National	1 722 546 247	2 725 186 430	3 433925104	
Budget MSP	58 374461	72 996 400	98 564 931	
%Budget MSP/Budget National (%)	3,39	2,67	2,87	3,52

L'Etat finance essentiellement le salaire du personnel de la fonction publique, l'achat d'une partie des vaccins, les autres charges d'exploitation des structures centrales et décentralisées, une partie de la formation initiale et continue. Il intervient aussi dans certaines opérations d'investissements dans les centres de santé et les hôpitaux. Les collectivités locales (communes, préfectures, régions) ont une part de financement relativement faible qui se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel.

Les populations prennent en charge une partie des infrastructures sanitaires et, à travers le système de recouvrement des coûts, une partie des coûts de fonctionnement des établissements de soins notamment le rachat des produits pharmaceutiques, les dépenses d'entretien et de maintenance, les outils de gestion. A cela, s'ajoutent les dépenses non évaluées mais importantes des ménages dans les structures privées pour soins, examens complémentaires et achat de médicaments.

Les bailleurs de fonds (Institutions de Coopération bi et multilatérale, ONG, etc.) financent essentiellement les travaux d'infrastructure et d'équipement, la formation initiale et continue, l'acquisition de moyens logistiques et l'achat de certains médicaments et consommables.

Organisation de la santé scolaire

Le Service national de Santé Scolaire et Universitaire (SNSSU) est une structure du Ministère de l'Education. Le Programme d'Ajustement Sectoriel de l'Education (PASE) a mis en place en 1995 au sein du SNSSU, une composante Santé et Nutrition Scolaires dans le but d'améliorer les capacités d'apprentissage des enfants en âge scolaire grâce à un meilleur état de santé et de nutrition.

L'ouverture des cantines scolaires, la distribution du Mébendazole et de la vit A à travers les campagnes de masse et la prise en charge des cas de maladies constituent les principales activités de ce service.

Gouvernance du système

Les MTN ont été retenues comme priorité dans le document de politique du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Cependant, l'opérationnalisation de cette politique dans sa composante lutte contre les MTN a accusé du retard.

La prise en charge des MTN se fait à travers 4 programmes distincts (PNLOC/MTN à CTP, Lèpre, Ulcère de Buruli et THA) disposant chacun de ressources propres avec un système de coordination spécifique à chaque programme. La coordination des interventions se fait au niveau de la DNSP. Il existe un manuel de procédures administratives et de gestion de ces programmes.

2.3 Analyse de la situation des MTN

Les MTN les plus fréquentes en Guinée et qui posent un problème de santé publique sont classées en deux groupes selon la stratégie d'intervention

1. Les MTN dont la stratégie d'intervention est essentiellement la chimiothérapie préventive de masse (CTP) : onchocercose, trachome, filariose lymphatique, schistosomiases et géo-helminthiases ;
2. Et les MTN répondant exclusivement à la prise en charge des cas (PCC) : lèpre, trypanosomiase humaine africaine, ulcère de Buruli.

2.3.1 Epidémiologie et charge de la maladie

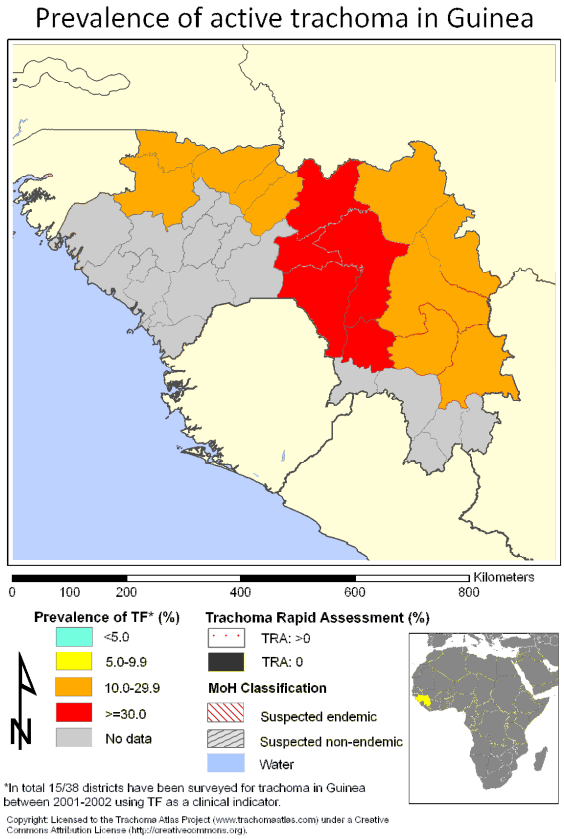
LE TRACHOME

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.

Une enquête épidémiologique à cet effet réalisée dans 10 districts de Haute Guinée en 2001 a montré des prévalences moyennes de 33 % de trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans et de 2,7 % de Trachome Trichiasis chez les femmes de plus de 15 ans. En 2010, la population de ces 10 districts est estimée à 2.818.109 habitants.

L'appréciation rapide du trachome (ART) réalisée en 2002 dans les 5 districts sanitaires de la bande nord de la Moyenne Guinée a révélé un taux moyen de 23 % de Trachome actif et de 1.09% de Trachome Trichiasis. En 2010, cette zone endémique totalise une population estimée à 927.191 habitants.

Graphique 4 : Prévalence du trachome actif en Guinée :



Ces résultats confirment une hyper endémicité au sein des localités enquêtées avec des prévalences nettement supérieures au seuil fixé par l'OMS (moins de 10 % pour le trachome actif et moins de 1 pour 1000 habitants pour le trichiasis trachomateux).

Sur la base de ces enquêtes, on évalue à plus de 3.000.000 de personnes à risque nécessitant une chimiothérapie de masse et plus de 25 000 cas de trichiasis trachomateux à opérer pour prévenir la cécité. (voir Annexe : graphique3, page 64)

Il n'existe pas de donnée concernant les régions de Basse Guinée et de Guinée Forestière et il sera nécessaire d'y mener des évaluations pour compléter le profil épidémiologique du trachome sur l'ensemble du territoire Guinéen.

Transformer ces informations en Tableau

LA FILARIOSE LYMPHATIQUE

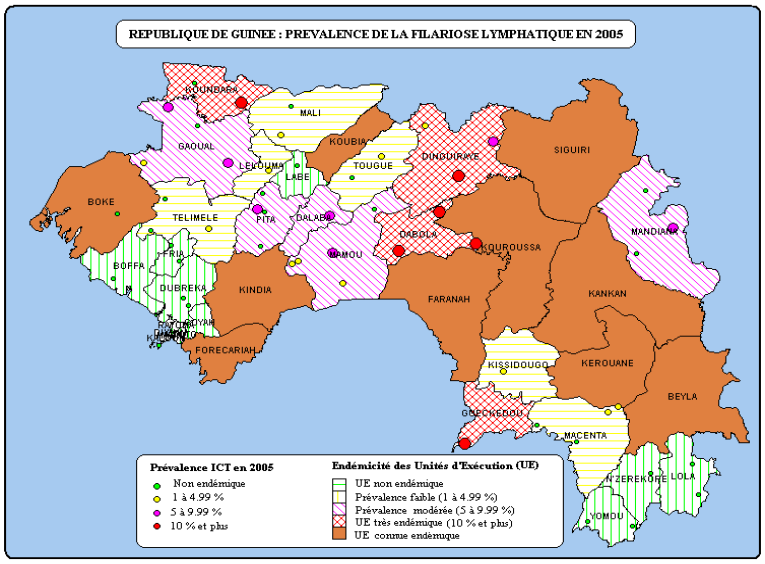
Du fait de son expression clinique très invalidante, la filariose lymphatique était connue de longue date des services de santé Guinéens et les cas étaient rapportés au niveau de 10 districts sanitaires (Boké, Forécariah, Kindia, Koubia, Beyla, Faranah, Kankan, Kérouané, Kouroussa et Siguiri).

En 2005, une évaluation de l'endémie filarienne a été réalisée dans 46 villages répartis dans 24 districts sanitaires sur les 8 régions administratives pour lesquelles il n'existait pas de donnée sur la maladie. Les résultats de cette évaluation ont permis d'identifier 15 districts endémiques et d'estimer leur niveau de prévalence. La distribution géographique de la maladie en Guinée couvre ainsi 25 districts sanitaires sur 38, avec une prévalence moyenne nationale de 3%.

Les prévalences enregistrées au cours de cette enquête au niveau des régions administratives sont de : Conakry (0%), Kindia (O,2%), Labé (1,2%), N'Zérékoré (1,6%), Kankan (1,7%), Boké (3,2%), Mamou (3,2%), Faranah (9%)

On estime à plus de 8 millions le nombre de personnes exposées, donc à traiter.

Graphique 5 : Distribution et prévalence de la filariose en Guinée

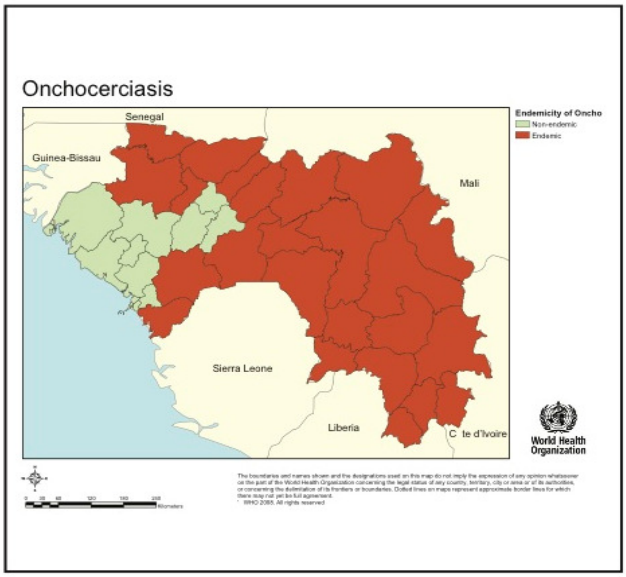


L'ONCHOCERCOSE

La maladie est prévalente dans plus de 85 % du territoire. Les 7 régions sanitaires 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.

Enquêtes antérieures :

Des études ponctuelles sur la prévalence des infections parasitaires intestinales ont été réalisées 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.

- Entre Avril et Juin 1995, une enquête nationale a permis d'estimer la prévalence des infections helminthiques chez les enfants d'âge scolaire. Les prévalences obtenues ont été les suivantes : *S. mansoni (25%), S. haematobium (19,9%), A. duodenale (43,9%), T. trichiura (13,9%), A. lumbricoides (9,5).*

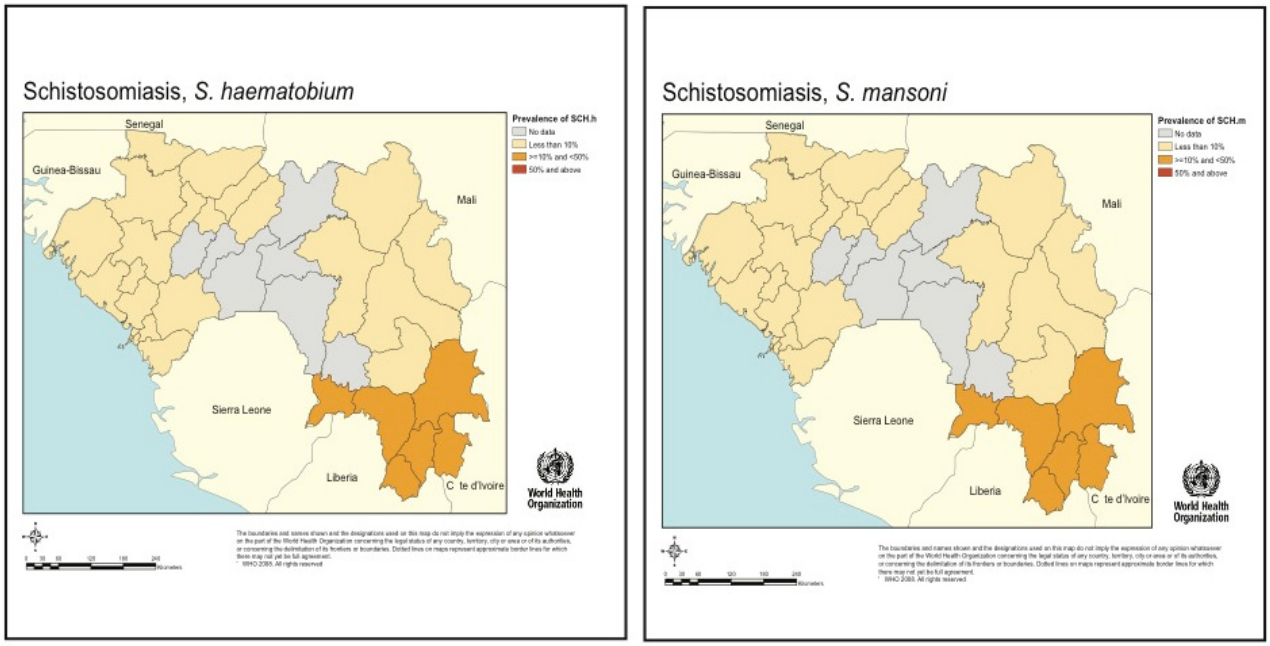
  70 % des enfants souffraient au moins d'une infection helminthique, 63 % présentaient 2 infections et 8% présentaient 3 infections.

- Entre Janvier et Mai 1996, 1649 élèves ont été examinés dans le cadre de la mission d'évaluation du programme de santé scolaire dans 7 sous préfectures

  Les prévalences obtenues étaient comme suit : *S. mansoni (9,1%), S. haematobium (9,8%), A. duodenale (23%), T. trichiura (21,5%), A. lumbricoides (33,5%.*

  60 % des enfants étaient affectés par 1 parasite, 20,3 % par 2 parasites et 1,8% par au moins 3 parasites.

Graphique 7 : Niveaux de prévalence des schistosomiases en Guinée



(Source: OMS)

- En 1999, une enquête menée dans le même cadre révélait la situation suivante : *S. mansoni (15,9%), S. haematobium (9%), A. duodenale (43,8%), T. trichiura (9,4%), A. lumbricoides (31,3%).* Le tableau 9 en annexe résume les changements de prévalence entre les enquêtes de 1996 et de 1999.

- En 2009 et 2010, l'Organisation pour la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal (OMVS) a réalisé enquête de prévalence et d'intensité des Schistosomiases et les Géo-Hélminthiases en février 2010 qui a donné les prévalences suivantes : 23,52% en Moyenne Guinée, 49,6% en Haute Guinée pour la Schistosomiase urinaire ; une prévalence de 30,22% en Moyenne Guinée, 47,5% en Haute Guinée pour la Schistosomiase intestinale ; la prévalence des Géo-helminthiases était de 52,12% en Moyenne Guinée et de 56,4% en Haute Guinée.

- En 2010, le PNLOC/MTN, avec l'appui technique de HKI et le financement de Rio Tinto, a réalisé des enquêtes sur les schistosomiases et les géo-helminthes au niveau de 13 sites à Beyla et 1 site à Macenta en 2010 :

La prévalence était de : 66,2% de S. mansoni, 21% de S. haematobium, 51,2% en Ankylostomiase, 8,1% d'Ascaris lumbricoides et de 2,4% deT. Trichiura.

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 prés 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 0,58 cas pour 10 000 habitants en fin 2008.

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

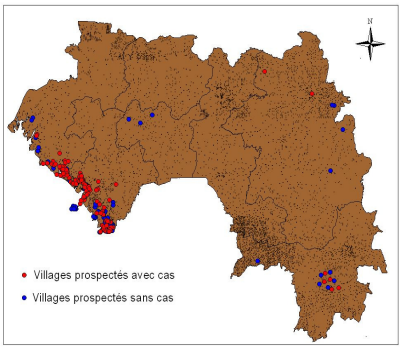
continué à être notifiés dans certains anciens foyers tels que Conakry, Dubréka, Koubia, Siguiri, N'Zérékoré et Lola.

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 8: Co-endémicité de MTN

NTD mapping gap for Guinee											
				Y= Cartographie réalisée							
				N=Cartographie a faire							
				O= non endémique (ou pas nécessaire)							
N°	Region	District (Préfecture)	Population 2011	Lymphatic Filariasis	Onchocerciasis	Schistosomiasis	Soil-Transmitted Helminthiasis	Trachoma AFRO	Lèpre	THA	Buruli
1	BOKE	Boffa	220727	N	0	N	N	N	Y	Y	N
2		Boke	535552	Y	0	N	N	N	Y	Y	N
3		Fria	131191	N	0	N	N	N	Y	N	N
4		Gaoual	187452	Y	Y	N	N	Y	Y	N	N
5		Koundara	119984	Y	Y	N	N	Y	Y	N	N
6	CONAKRY	Dixinn	235123	N	0	N	N	0	Y	0	N
7		Kaloum	116505	N	0	N	N	0	Y	0	N
8		Matam	251085	N	0	N	N	0	Y	0	N
9		Matoto	621150	N	0	N	N	0	Y	0	N
10		Ratoma	516107	N	0	N	N	0	Y	Y	N
11	FARANAH	Dabola	173607	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N
12		Dinguiraye	195147	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N
13		Faranah	204035	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N
14		Kissidougou	309060	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N
15	KANKAN	Kankan	412683	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N
16		Kerouane	289463	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N
17		Kouroussa	215084	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N
18		Mandiana	278567	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N
19		Siguiri	476727	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N
20	KINDIA	Coyah	166233	N	0	N	N	N	Y	Y	N
21		Dubreka	256407	N	0	N	N	N	Y	Y	N
22		Forecariah	452948	Y	Y	N	N	N	Y	Y	N
23		Kindia	535986	Y	Y	N	N	N	Y	N	N
24		Telimele	286005	Y	0	N	N	N	Y	N	N
25	LABE	Koubia	121998	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N
26		Labe	350109	N	0	Y	Y	N	Y	N	N
27		Lelouma	157350	Y	Y	N	N	N	Y	N	N
28		Mali	225858	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N
29		Tougue	168824	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N
30	MAMOU	Dalaba	199132	Y	0	Y	Y	N	Y	N	N
31		Mamou	417887	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	N
32		Pita	289007	Y	0	Y	Y	N	Y	Y	N
33	NZEREKORE	Beyla	256008	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N
34		Gueckedou	858668	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	N
35		Lola	246601	N	Y	N	N	N	Y	Y	Y
36		Macenta	577931	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	N
37		Nzerekore	426198	N	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y
38		Yomou	358413	N	Y	N	N	0	Y	N	Y

Tableau 9: Statut de la cartographie des MTN

Nom de la maladie endémique	Nombre de districts suspect d'être endémique	Nombre de districts connus d'être endémiques	Nombre de districts dont l'endémicité n'est pas connue (Besoin de cartographie ou de prospection)
Onchocercose	38	24	0
Trachome	38	10	23
Filariose Lymphatique	38	15	18
Schistosomiase	38	14	24
Géo-Helminthiase	38	14	24
Lèpre	38	38	0
THA	38	7	7
Ulcère de Buruli	3	3	3

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 couvert (couverture géographique)	Nbre total de la pop. Visée dans le district	Nbre de la pop couverte (pourcentage)	Stratégie clé utilisée	Les partenaires clés
Onchocercose	2001	24	100%	6 133 185	65 à 85 %	TIDC	OMS, SSI, OPC, HKI, MDP
Schistosomiase	2008	38	26%	2 960 204	37,5%	DMM	OMVS, OMS
Géo-Helminthiase	2008	38	26%	4 854 730	37,5%	DMM	OMVS, OMS
Trachome	2004	15	0	3 634 498	0	DMM	OMS, SSI, OPC, HKI, OOAS, Plan Giunée
Filariose Lymphatique	2008	25	0	6 411 669	0	DMM	OMS
Lèpre	1986	38	100%	11 840 812			OMS, Raoul Folleraud, Philafricaine
THA	2003	38	11%	3 000 000			OMS, IRD, PATTEC, Find, coop française
Ulcère Buruli	2002	6	50%		50%		OMS

2.3.2 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. En 2005, 2006 et 2007, 1.900 TT ont été opérés sur près de 3.000 cas dépistées, ce qui dénote de l'ampleur du fossé à combler par une prise en charge adéquate.

Actuellement, seules de rares activités de chirurgie du Trachome Trichiasis (TT) sont menées avec moins de 500 cas d'opérations par an. Ceci est très en deçà des besoins quand on se réfère à l'estimation de plus de 39.000 cas en attente d'une prise en charge adéquate. Malgré la prévalence élevée du trachome actif (plus de 20 %) chez les enfants de moins de 10 ans, aucune distribution de masse de médicaments n'est présentement mise en œuvre, faute de moyens requis.

Les opérateurs de Trachomes trichiasis ont opéré de 2004 à 2009 un total de 3193 cas : résultats très insuffisants par rapport aux 39 000 cas estimés en attente de prise en charge.

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 :

Il n'existe à ce jour aucune activité visant à contrôler la filariose lymphatique en Guinée. Cependant, 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 dans un volet de soins et d'hygiène spécifiques.

Pour interrompre la transmission de la filariose lymphatique, les districts endémiques doivent être recensés et des programmes communautaires ("traitement de masse") mis en œuvre. La prise en charge reposera 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 permettra de coupler ce programme a celui de la lutte contre l'onchocercose.

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.

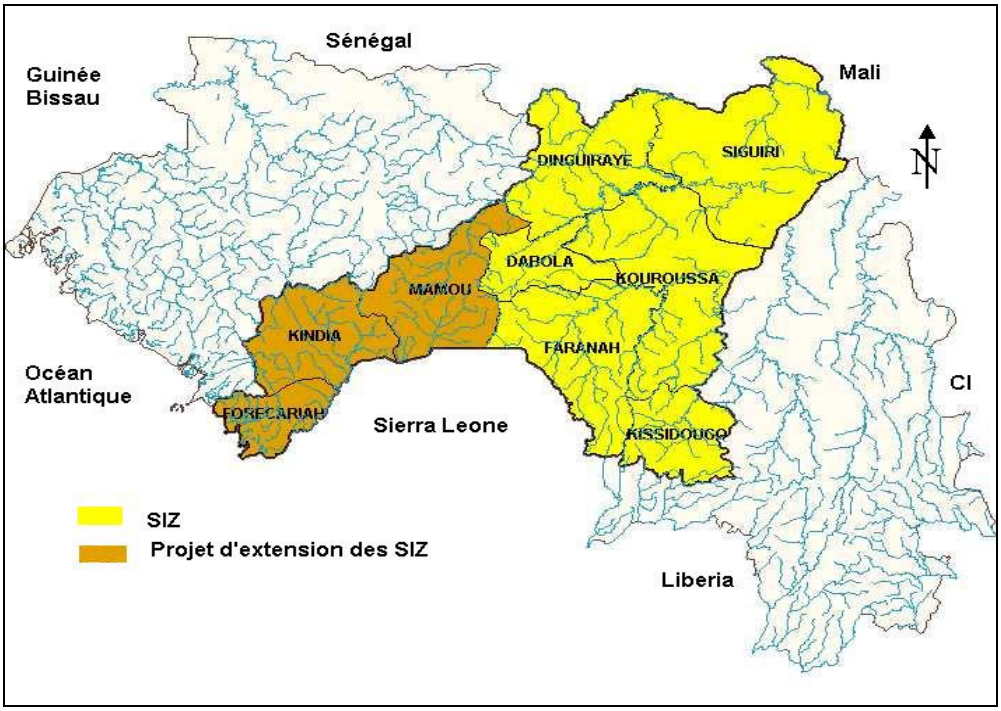
Ces stratégies ont eu pour résultat qu'en décembre 2002, la prévalence de l'onchocercose en Guinée qui variait entre 88 et 43 % a été réduite à une fourchette de 15 à 0 %.A partir de 2002, l'onchocercose ne constituait plus un problème de santé publique dans les pays d'endémie dont la Guinée. La lutte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

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 8 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 52 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 de diverses origines. 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. Cependant, il y a eu des interruptions. Depuis 2009, il y a des promesses d'ONG pour la donation en médicaments.

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 15 jours plus tard pour lutter contre les schistosomiases. De plus, à l'occasion des journées de l'enfant, une distribution 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 :

En 1990, le taux de prévalence de la lèpre était d'environ 12 cas pour 10.000 habitants et celui de la mutilation de 16,17%. Ces chiffres montrent que la lèpre était un réel problème de santé publique en Guinée.

De 1990 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 et des équipements et des formations des agents impliqués dans la lutte contre la lèpre. Toute cette synergie d'intervention 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 de 500 cas mutilés d'ici fin 2014
- Assurer la réinsertion socio- professionnelle de 100 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 :

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 :

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.

Expérience Guinéenne de la distribution de masse des médicaments :

En plus du contrôle de l'onchocercose où la Guinée a une grande expérience de la distribution de masse de médicaments il faut citer:

La campagne intégrée de vaccination contre la Polio et l'administration de vitamine A - Mébendazole - MILDA pendant les Journées Nationales de Vaccination et "les semaines de l'enfant" 2 fois par an;

La campagne de masse contre la fièvre jaune.

2.3.3 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. Cependant, l'opérationnalisation de cette politique dans sa composante lutte contre les MTN accuse du retard. 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 finalisation de la cartographie : à ce jour, comme il reste encore des districts sanitaires qui n'ont pu être évalués pour la prévalence des MTN. Il sera donc important de procéder à des enquêtes dans ces zones pour compléter la répartition et les niveaux de prévalence et évaluer les besoins en médicaments.
- 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 d'un plan d'action sur 5 années au moins;
- 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.

La mise en place d'un centre de prise en charge des complications liées à la lèpre par région naturelle.

Analyse FFOM (SWOT) :

Les forces :

- 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 quelques 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

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
- 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

Les Opportunités :

- Stabilité sociopolitique du pays

- L'engagement politique au niveau de l'Etat
- Inscription des MTN dans l'agenda des PTF ;
- Relance des SSP
- 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 …)

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 inter-sectorielle,
- Faible collaboration intersectorielle

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	• 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

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	• 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 • Stabilité sociopolitique du pays • L'engagement politique au niveau de l'Etat • Inscription des MTN dans l'agenda des PTF ; • Relance des SSP • 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,	**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 inter-sectorielle, • Faible collaboration intersectorielle • Difficulté de décaissement des fonds au niveau de l'Etat •

…) • Existence d'un réseau communication (téléphonique, radio communautaires/rurales …)	

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	
Menace	**Force contrecarrant les menaces**	**Opportunités contrecarrant les menaces**

1. Insuffisance de ressources financières pour le fonctionnement des programmes 2. Insuffisance du personnel dans les structures périphériques (CS, PS) 3. Problème de motivation des AC et DC 4. La pauvreté des ménages 5. La faible allocation financière de l'Etat au secteur de la santé 6. Insuffisance des moyens d'autres acteurs ayant effet bénéfique sur la lutte contre les MTN 7. Insuffisance de coordination inter-sectorielle, 8. Faible collaboration intersectorielle		

DEUXIEME PARTIE : PROGRAMME STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LES MTN

LA VISION

Notre vision est une société dans laquelle tous les guinéens sont en bonne santé, en particulier une société sans Maladies Tropicales Négligées

LA 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.

LES PRINCIPES

Les principes qui sous–tendent la vision sont ceux de la politique nationale de la santé, à savoir :

1. La consolidation des acquis
2. L'accès universel aux soins et aux services pour tous
3. L'amélioration de la qualité des soins et des services disponibles
4. La lutte contre la pauvreté
5. La faisabilité, l'efficacité et l'efficience des interventions
6. L'unicité du système de santé
7. L'orientation du système de santé vers la satisfaction des besoins du client
8. Le développement de prestations globales, intégrées et continues
9. La démarche rationnelle dans les prises de décisions
10. La recherche de l'excellence et le travail en équipe dans la solution des problèmes.
11. L'engagement responsable du personnel
12. La nécessité de la collaboration intersectorielle et de la participation des usagers et des communautés dans un cadre de partenariat
13. Le respect des engagements internationaux relatifs à la santé pris par le Gouvernement.

LES PRIORITES STRATEGIQUES

1 –Renforcement de l'appropriation par le gouvernement, de la sensibilisation, de la coordination et des partenariats

2 –Amélioration de la planification axée sur les résultats, mobilisation des ressources et pérennité financière des programmes nationaux de lutte contre les MTN
3-Amélioration de l'accès aux interventions, au traitement et au renforcement des capacités du système
4 – Renforcement du suivi et de l'évaluation des MTN, de la surveillance et de la recherche opérationnelle.

Tableau 11: Résumé du cadre stratégique

PRIORITES STRATEGIQUES	OBJECTIFS STRATEGIQUES
1 –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 le cadre de la lutte contre les MTN
	Renforcer le partenariat pour les MTN à tous les niveaux
	Mettre en place un comité de pilotage de la lutte contre les MTN
	Renforcer la capacité de coordination du programme dans la mise en œuvre du plan
2 –Amélioration de la planification axée sur les résultats, mobilisation des ressources et pérennité financière des programmes nationaux de lutte contre les MTN	Renforcement des capacités de planification opérationnelle à tous les niveaux (central, régional et préfectoral) dans le cadre de la lutte contre les MTN
	Renforcement de l'existant et développement des nouveaux mécanismes pour la mobilisation des ressources en vue de la pérennisation des acquis
3-Amélioration de l'accès aux interventions, au traitement et au renforcement des capacités du système	Mise à l'échelle des interventions de chimiothérapie préventive
	Mise à l'échelle des interventions de prise en charge des cas et des complications
	Réhabilitation et réinsertion socio-économique
	Mise à l'échelle des interventions de contrôle de la transmission des MTN
	Mise à l'échelle du renforcement des capacités opérationnelles
4 – Renforcement du suivi et de l'évaluation des MTN, de la surveillance et de la recherche opérationnelle.	Mise en place d'un système intégré de suivi et d'évaluation des activités de lutte contre les MTN

1. TROISIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL

3.1 Buts, objectifs, strategies 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 2020 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
Elimination du trachome cécitant d'ici l'an 2020	Eliminer le trachome cécitant par la stratégie CHANCE d'ici l'an 2020	Interruption de la transmission Prise en charge des complications	Distribution de masse de médicaments (A) Lutte anti vectorielle (N-CE) Chirurgie du TT (CH)	Communauté N et CE Dans les services de santé communautaires Opérateurs de TT
Traitement d'au moins 75% des SCH et HTS au niveau des écoles d'ici l'an 2020	Eliminer les SCH et HTS comme problème de santé publique d'ici 2025	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 une couverture de moins de 1cas/10.000 au niveau de toutes les aires de santé d'ici 2020	Sensibilisation des populations Prise en charge des cas Prise en charge des complications Réhabilitation sociale	Communauté Les agents des services de santé

BUT MONDIAL DU PROGRAMME MTN	CIBLE NATIONALE	OBJECTIFS	STRATEGIES	CANAUX DE PRESTATION
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 - Prévenir et prendre en charge les cas	Dépistage et Prise en charge des cas Lutte ant-vectorielle	Communauté 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 - Prévenir et prendre en charge les cas complications	Prise en charge des cas Prise en charge des complications Réhabilitation sociale	Communauté Dans les services de santé

Tableau 13 : Objectifs et indicateurs de performance du programme

MTN	Objectifs	Indicateurs	niveau de base	Cible	Etapes				
					An1	An2	An3	An4	An5
Filariose L.	Couvrir tous les Districts sanitaires endémiques	Couverture géographique	0%	100%	15%	25%	50%	80%	100%
	Prendre en charge85% de la population des zones endémiques	Couverture thérapeutique	0%	85%	15%	25%	50%	80%	85%
Onchocercose	Couvrir tous les Districts sanitaires endémiques	Couverture géographique	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Prendre en charge85% de la population des zones endémiques	Couverture thérapeutique	83%	85%	83%	85%	85%	85%	85%
Trachome	Interruption de la transmission	Couverture géographique	0%	100%	13%	33%	66%	100%	100%
	Prise en charge des complications	Couverture thérapeutique	0%	100%	13%	33%	66%	100%	100%
SCH-HTS	Atteindre des couvertures géographiques de 100%	Couverture géographique	26%	100%	26%	45%	66%	79%	100%
	Atteindre une couverture thérapeutique de 80% des districts endémiques	Couverture thérapeutique	37,5%	85%	45%	50%	75%	80%	85%
Lèpre	Prévenir et prendre en charge les complications	Proportion d'infirmité parmi les nouveaux cas	15%	0%	10%	8%	4%	2%	1%
THA	Contrôler les foyers de THA en Guinée	Proportion de foyers de THA contrôlés	28%	100%	42%	56%	70%	84%	100%
	Interrompre la transmission	Proportion de foyers avec introduction de la lutte anti vectorielle	14%	75%	29%	34%	49%	64%	79%
Ulcère B.	Interrompre la transmission	Proportion de Districts endémiques couverts	50%	100%	60%	70%	80%	90%	100%
	Prévenir et prendre en charge les cas	Proportion de malades pris en charge	10%	100%	20%	50%	60%	80%	100%

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

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CALENDRIER	RESSOURCES NECESSAIRES
Objectif stratégique1: Le renforcement des capacités nationales institutionnelles et opérationnelles à tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique) dans le cadre de la lutte contre les MTN			
Créer un cadre institutionnel de lutte contre les MTN	Organiser un atelier d'élaboration de la politique nationale sur les MTN	2011	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Finalisation du document	2011	Ressource Humaine, documentation, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Atelier de validation	2011	Ressource Humaine, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Editer et diffuser le document	2011	reprographie des documents, diffusion, courrier électronique,
	Mettre en place un comité d'élaboration du document juridique	2011	Ressources humaines, collation, transport, bureautique, impression et reprographie
	Mettre en place un comité national de lutte contre les MTN	2011	Ressources humaines, bureautique,
	Créer un comité de pilotage des MTN a tous les niveaux (taskforce)	2011	Diffusion, signature de l'arrêté,
Apporter un appui au fonctionnement des programmes MTN	Achat de 20 véhicules 4X4	2012-2015	Ressource financière,
	Achat de 100 motos	2012-2015	
	Achat de 10,000 vélos	2012-2015	
	Sacs imperméables pour les DC	2012-2015	
	appel d'offre	2011	Communiqués radio diffusé, site internet, la presse écrite, cabinet expertise

	Achat de kit informatique (50kit)	2011-2012	Ressource financière
	Dotation moyens de communication (Téléphone flotte et clés internet)	2011-2012	Ressource financière
	Bureau (20)	2011-2012	Ressource financière
	Consommables	2011-2015	Ressource financière
	Carburant voyage/	2011-2015	Ressource financière
	Entretien véhicule/ groupe électrogène/lubrifiant	2011-2015	Ressource financière
	Carburant groupe	2011-2015	Ressource financière
	Assurer la maintenance	2011-2015	Ressource financière
Objectif stratégique 2: Renforcer le partenariat pour les MTN à tous les niveaux			
Organiser des réunions trimestrielles des MTN	Préparer et envoyer les lettres d'invitation	2011	Collation, préparation de la salle, lettre d'invitation
Organiser des réunions transfrontalières MTN	Elaborer les TDR/diffusion	2011	Collation, préparation de la salle, lettre d'invitation, diffusion,
	Identification/sensibilisation	2011	RH, perdiem, collation, préparation de la salle, lettre d'invitation, carburant,
	Tenir la réunion proprement dite	2011-2015	Traduction, RH, perdiem, carburant, hôtesses, consommables bureautique, impression reprographie, transport, restauration, location salle,
Assurer le plaidoyer auprès du gouvernement dans la subvention des MTN	Réunion de sensibilisation des départements ministériels (santé, éducation, finance,	2011-2015	Salle, RH, transport, collation, fourniture de bureau
	Prévoir une ligne budgétaire MTN dans les départements (santé et éducation)	2011-2015	Ressources humaines
Organiser un forum national sur les MTN	Préparer et envoyer les lettres d'invitation	2011	RH, transport, bureautique, impression et reprographie, collation

	Forum proprement dit	2011	Traduction, RH, perdiem, carburant, hôtesses, consommables bureautique, impression reprographie, transport, restauration, location salle,
	Mise en place d'une commission d'organisation	2011	Ressources humaines
Organiser annuellement une journée nationale de lutte contre les MTN	Réunion préparatoire	2011-2015	Ressources humaines, bureautique, transport
	Journée proprement dite	2011-2015	Support mobilisation sociale, T-shirts, casquettes, medias écrite et orale, affiches, banderoles, carburants, collation, transport , photos
Faire le plaidoyer auprès des partenaires pour le renforcement des acquis	Organiser une table ronde avec les partenaires	2011	Collation, frais de transport, location, communication
	Organiser des réunions périodiques des partenaires	2011-2015	Collation, frais de transport, location, communication
Participer aux réunions sous régionales et internationales	Différentes réunions organisées dans la sous-région et internationales (10 par an)	2011-2015	Ressources humaines, Billet, perdiem
Objectif stratégique 3: Renforcement de la capacité de coordination du programme dans la mise en œuvre du plan			
Pourvoir les structures de santé surtout périphériques en personnels de santé qualifiés	Identifier les besoins en personnel	2011-2015	Ressources humaines
	Faire le plaidoyer pour l'affection du personnel	2011-2015	Ressources humaines
Renforcer les compétences du personnel pour la gestion des MTN	Elaborer un module intégré de formation (atelier de 7 jours)	2011	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 DES RÉSULTATS, LA MOBILISATION DES RESSOURCES ET LA VIABILITÉ FINANCIÈRE

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CALENDRIER	RESSOURCES NECESSAIRES

Objectif stratégique 1 : Le renforcement des capacités de planification opérationnelle à tous les niveaux (central, régional et préfectoral) dans le cadre de la lutte contre les MTN			
Intégration du plan MTN dans le document de PNDS	Plaidoyer au niveau Bureau d'Etudes et de Stratégies pour l'intégration des MTN dans le PNDS	2011	Ressources humaines
Elaboration des plans d'actions annuels pour le contrôle/ l'élimination des MTN	Organiser des ateliers régionaux d'élaboration des PAO.	2011 - 2015	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication
	Organisation d'une réunion de des PAO régionaux à Conakry	2011 - 2015	Frais de transport, collation
Incorporation des MTN dans les guides de planification au niveau national, régional et préfectoral	Intégrer les MTN dans les PRDS pendant les CTRS	2011	Ressources humaines
Informatisation de la gestion financière et comptable du programme MTN	Formation	2012 - 2014	Ressources humaines
Objectif stratégique 2 : Renforcer l'existant et développer des nouveaux mécanismes pour la mobilisation des ressources en vue de la pérennisation des acquis			
Identification des nouveaux mécanismes de mobilisation des ressources	Sensibiliser les populations en vue de suicidé leur adhésion	2011 - 2015	Ressources humaines
	Faire le plaidoyer auprès des entreprises et sociétés industrielles et minières pour leur soutien aux activités MTN	2011 - 2015	Ressources humaines
Renforcement de la participation de l'Etat pour le financement des MTN	Création d'une ligne budgétaire au BND pour le financement des MTN	2012	Ressources humaines

	Inclure les MTN dans le DSRP	2012	Ressources humaines

Tableau 15 : Activités pour la mise en œuvre de la priorité stratégique 3 - L'ACCÈS AUX INTERVENTIONS MTN, DE TRAITEMENT ET DE CAPACITÉ DE PRESTATION DES SERVICES AU SEIN DE L'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SANTÉ

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CALENDRIER	RESSOURCES NECESSAIRES
Objectif stratégique 1 : Mettre à l'échelle des interventions de chimiothérapie préventive			
Elaboration/réactualisation de la cartographie des MTN	Réactualisation de la cartograpghie du Trachome dans les districts dont le TF>30%	2011	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication
	Poursuivre la cartographie des MTN		Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication
Organisation des campagnes de distribution de masse des médicaments.	Organiser un atelier de micro planification ;	2012 - 2015	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication
	Confection d'outils de la campagne: toises et outils de gestion ;	2012	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication, reprographie
	Approvisionner le niveau opérationnel en intrant de campagne ;	2012 - 2015	Per diem, transport, carburant, communication
	Former le personnel ;	2012 - 2015	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication
	Confection des materiels IEC et de messages de sensibilisation ;	2012 - 2015	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication, reprographie
	Mobilisation sociale	2012 - 2015	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication
	Organiser le lancement officiel de la distribution des activités	2012 - 2015	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication

	Supervision de la campagne	2012 - 2015	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication
	Evaluation indépendante de la campagne	2012 - 2015	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication
	Restitution des resultats	2012 - 2015	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication
Elaboration des plans de progression des interventions sur la chimiothérapie préventive.	Atelier d'élaboration des plans de progression des interventions sur la chimiothérapie préventive	2012 - 2015	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication
Objectif stratégique 2: Mise à l'échelle des interventions de prise en charge des cas et des complications			
Faire la cartographie des MTN à PCC	faire la cartographie de 7 districts suspects à l'Ulcère de Buruli (N'Nzérékoré, Lola, Macenta, Guékedou Yomou, Beyla et Kissidougou)	2012	Carburant voyage et séjour,-Per diem pour 5 agents enquêteurs nationaux et un consultantInternational.-Per diem des agents de sensibilisation- Médicaments et consommables
	Procéder à de nouvelles enquêtes / dépistages 5 districts de la Région Administrative de Kankan (Kankan, Kouroussa, Kérouané, Mandiana et Siguiri)	2013	Transport des enquêteurs locaux - Per diem enquêteurs locaux - Médicaments et consommables
	Prospection médicale de THA	2012 - 2015	-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	2013 - 2015	-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).	2013 - 2015	-Matériel de laboratoire -Per diem des agents -Consommables et réactifs de laboratoire -Médicaments préparatoires -Médicaments Spécifiques - Boite de chirurgie
Paquet intervention intégrée développé pour les maladies à PCC	Identification des interventions à intégrer pour la PCC	2013	- Per diem et pause café
	Intégration des interventions retenues pour la PCC	2013 - 2015	- Per diem , - Transport - Carburant
Objectif stratégique 3: Réhabilitation et réinsertion socio-économique			
Réhabilitation à Base Communautaire (RBC)	Mettre en place des groupements	2013	- Per diem , - Transport - Carburant
	Promotion des activités génératrices de revenues	2013	- Per diem , - Transport - Carburant
Réhabilitation physique	Création des centres de réhabilitation physique	2014	- Bâtiment , - mobiliers - équipement spécialisés

Objectif stratégique 4 : Mise à l'échelle des interventions de contrôle de la transmission des MTN			
Renforcement de la lutte anti vectorielle intégrée	Faire des séances de fumigation	2012 - 2015	- 2 48 séances - 8 appareils de fumigation motorisés et 100 appareils portatifs - 50400 litres d'insecticide - Location barque motorisée - Per diem des agents - Carburant
	Installer des pièges et écrans	2012 - 2015	- 40000 pièges - 80000 écrans - Per diem des agents - Carburant
Renforcement de la lutte anti vectorielle intégrée	organisation de campagnes de fumigation dans la capitale	2012 - 2015	100 séances - 2200 litres d'insecticide - Per diem des agents - 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 à la prise en charge intégrée des MTN à PCT	2012	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication
Introduire les indicateurs de surveillance des MTN dans le monitorage des activités au niveau des centres de santé et au niveau communautaire.	Former à la prise en charge intégrée des MTN à PCC	2012	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication
	Former à la technique de communication pour le changement de comportement	2012	Per diem, transport, location salle, carburant, fournitures, collation, communication

Tableau 16 : Activités pour la mise en œuvre de la priorité stratégique 4 - AMÉLIORATION DU SUIVI ET ÉVALUATION, SURVEILLANCE ET RECHERCHE OPÉRATIONNELLE DES MTN

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CALENDRIER	RESSOURCES NECESSAIRES
Objectif stratégique 1 :Mettre en place 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	2011-2012	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Introduire les indicateurs de surveillance des MTN dans le monitorage des activités au niveau des centres de santé et au niveau communautaire.	2012	Ressource humaine, documentation, location salle, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem
	Faire le suivi trimestriel des indicateurs de base des MTN	2011-2015	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	2011-2015	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	2011-2015	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	2011-2015	Ressource Humaine , documentation, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem

	Participer aux CTRS	2011-2015	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	2013	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 et à la fin du programme	2013 et 2015	Ressource Humaine, documentation, carburant, transport, restauration, bureautique, impression et reprographie des documents, perdiem

A-) 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.

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 : DNSP

Rapporteurs : coordonnateurs des programmes

Membres (département ayant un rôle de partenariat avec le MSHP dans le cadre de la lutte contre la pauvreté liée aux MTN) :

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 de l'information

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 :

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

De faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources

D'évaluer 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 et de l'Hygiène Publique.

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 PRDS et la coordination sera assurée à travers les instances de concertation (CTRS et CTPS)

.

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 : DNSP

Vice président : DPLM

Rapporteur : PNLOC/MTN

Membres :

Coordonnateurs de programmes (PNLOC/MTN, PNLL, PNLTHA,PNLUB)

Un représentant du ministère de la décentralisation

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

De concevoir, d'orienter et de suivre la mise en œuvre des programmes en tenant compte des initiatives mondiales et régionales en matière de lutte contre les maladies tropicales négligées

De planifier et de coordonner les stratégies d'interventions,

De faire le suivi/évaluation du projet,

De promouvoir les échanges d'expérience (bonnes pratiques, leçons apprises) et

De partager l'information à tous les niveaux.

De préparer les rapports semestriels et annuels sur l'état d'avancement du plan stratégique à l'intention du comité national

Fonctionnement

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

B-) 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 de l'année 2015 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.

Programme d'élimination de la FL :

Avant le premier tour de traitement de masse, il sera conduit dans les sites sentinelles identifiés la recherche de la microfilarémie de départ, densité moyenne de microfilarémie, prévalence de l'hydrocèle et des lymphoedèmes. Une liste de sites sentinelles sera établie pour les besoins du suivi. Les zones sanitaires les plus endémiques au niveau d'une région seront retenues pour abriter les sites sentinelles. . Les sites sentinelles seront choisis en fonction du caractère sédentaire et de la taille de la population (au moins 500 d'habitants).

Programme de contrôle des schistosomiases et les géo helminthiases :

Avant le premier tour de traitement de masse la collecte des indicateurs de base pour la schistosomiase et les géo helminthiases sera également conduite dans des écoles/villages sentinelles. L'enquête consistera à récolter des données sur la prévalence et l'intensité parasitaire dues à la schistosomiase et aux géo helminthiases.

Programme d'élimination de l'onchocercose :

Les données de base sur la prévalence et la charge microfilarienne communautaire (CMFC) dans les villages sentinelles ou indicateurs du Programme Onchocercose seront utilisées comme référence dans ce cadre.

Programme d'élimination du trachome :

Une enquête épidémiologique de base selon le protocole de l'OMS sera effectuée au niveau du district sanitaire avant le début du traitement de masse à l'Azithromycine.

II. Suivi du plan

Les indicateurs de processus et de résultats concerneront chacune des maladies concernées

Il s'agira des études de cohortes 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 participantes 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 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.

LE FINANCEMENT DU PROGRAMME

Le financement du Plan Directeur de Lutte contre les MTN 2011-2015 se fera sur la base des contributions de l'Etat et les apports des autres partenaires (institutions des nations unies, sociétés minières, ONG nationales et internationales, organisations communautaires, etc.)

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

Le tableau 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.

Tableau : coût du programme par activité