République de Guinée

……..

Ministère de la Santé

……..

Direction Nationale des Grandes Endémies et de la et Lutte contre la Maladie

PLAN DIRECTEUR DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGEES EN GUINEE (2019-2023)

Décembre 2018

Table des matières

SIGLES ET ABREVIATIONS ..... **Erreur ! Signet non défini.**

INTRODUCTION 6

I. PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION 7

1.1 CONTEXTE GENERAL 7

1.1.1 Situation géographique 7
1.1.2 Situation démographique 8
1.1.3 Situation socio-économique 8
1.1.4 Situation socio-culturelle 9
1.1.5 Situation politique et administrative 10
1.1.6 Approvisionnement en eau potable et assainissement 10
1.1.7 Comportements, coutumes et attitudes 10
1.1.8 Transport et communication 10

1.2 ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ 12

1.2.1. Objectifs et priorités du système de santé 12

1.2.1.1 Objectif Général 12

1.2.1.2 Objectifs stratégiques 12

1.2.2 Analyse du système de santé dans son ensemble : 13

1.2.3 Organisation globale du système de santé 14

1.3 ANALYSE DE LA SITUATION /STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE DES MTN 20

1.3.1 Le Trachome : 21
1.3.2 La Filariose Lymphatique : 24
1.3.3 L'onchocercose : 27
1.3.4 Les Schistosomiases et Géo-Helminthiases : 30
1.3.5 La Lèpre : 33
1.3.6 La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) : 36
1.3.7 L'Ulcère de Buruli (UB) 38
1.3.8 Cartographie des MTN : 39
1.3.9 Intervention des Programmes MTN : 39
1.3.10 Lacunes et priorités 41
1.3.11 Analyse FFOM (SWOT) : 42

II. DEUXIEME PARTIE : AGENDA STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LES MTN 45

2.1 VISION 45

2.2 MISSION 45

2.3 PRINCIPES DIRECTEURS ET PRIORITES STRATEGIQUES 45

III. TROISIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL 47

3.1. MISE A L'ECHELLE DE L'ACCES AUX INTERVENTIONS, DES TRAITEMENTS ET DES CAPACITES DE PRESTATION DE SERVICE DU PROGRAMME MTN 47

3.1.1 Mise à l'échelle des activités de chimiothérapie préventive : 47

3.1.2 Mise à l'échelle des activités de dépistage et de prise en charge des cas48

3.1.3 Le contrôle de la transmission 49

3.2 BUTS, OBJECTIFS, STRATÉGIES ET CIBLES DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LES MTN 50
3.3 LES ACTIVITES 52
3.4 SUIVI ET EVALUATION 62
3.5 LE FINANCEMENT DU PROGRAMME 66

IV. QUATRIEME PARTIE : ANNEXES 67
4.1 ANNEXE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL 67
4.1.1 Le comité national : 67
4.1.2 le comité de pilotage 68
4.2 ANNEXE 2 : LISTE DES SOUS-PRÉFECTURES HYPER-ENDÉMIQUE DE LA LÈPRE 69
4.3 ANNEXE 3 : NOMBRE DE SOUS-DISTRICTS SANITAIRES HYPER-ENDÉMIQUES À LÈPRE PAR DS : 73
4.4 ANNEXE 4 : EVALUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUR LES BASSINS NIGER, MILO, DION, SANKARANI, MAFOU, MAFISSA, TINKISSO (2014) 74
4.5 ANNEXE 5 : TRAITEMENT DE MASSE CONTRE FL, ONCHO ET HTS (2014-2017) 77
4.6 ANNEXE 6 : TRAITEMENT DE MASSE CONTRE LES SCHITOSOMIASES ET GÉO-HELMINTHIASES CHEZ ENFANTS ÂGE SCOLAIRE (2016-2017) 78
4.7 ANNEXE 7 : CO-ENDÉMICITÉ DES MTN/CTP 79

SIGLES ET ABREVIATIONS

ALB	:	**Albendazole**
APOC	:	**African Program for Onchocerciasis Control**
ART	:	**Appréciation Rapide du Trachome**
CHANCE	:	**Chirurgie, Antibiothérapie, Nettoyage du visage, Changement de l'Environnement**
CMFL	:	**Charge microfilarienne communautaire**
CO	:	**Opacité Cornéenne**
CTP	:	**Chimiothérapie préventive**
DC	:	**Distributeurs Communautaires**
DHIS2	:	**Data health information system (systeme dinformation des données sanitaires**
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**
FL	:	**Filariose Lymphatique**
HKI	:	**Helen Keller International**
HTS	:	**Géo-Helminthiases**
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**
ONCHO	:	**Onchocercose**
ONG	:	**Organisation Non-Gouvernementale**
OOAS	:	**Organisation Ouest Africaine de la Santé**
OPC	:	**Organisation pour la prévention de la cécité**
PASE	:	**Programme d'Ajustement Sectoriel de l'Education**
PCC	:	**Prise en charge des cas**
PCG	:	**Pharmacie Centrale de Guinée**
PEV	:	**Programme Elargi de Vaccination**
PEV/SSP/ME	:	**Programme Elargi de Vaccination/ Soins de Santé Primaire/ Médicaments Essentiels**
PNLOC	:	**Programme National de lutte contre l'Onchocercose et la Cécité**
PQZ	:	**Praziquantel**
RGPH	:	**Recensement Général de la Population et de L'Habitat**
SIZ	:	**Spécial Intervention Zones**

SNIGS	:	**Système National d'Information et de Gestion Sanitaire**
SNSSU	:	**ServicD43e National de Santé Scolaire et Universitaire**
TA	:	**Trachome Actif**
TF	:	**inflammation Trachomateuse Folliculaire**
THA	:	**Tripanosomiase humaine africaine**
TI	:	**inflammation Trachomateuse Intense**
TIDC	:	**Traitement par Ivermectine sous Directives Communautaires**
TS	:	**Trachome Cicatriciel**
TT	:	**Trachome Trichiasis**
UB	:	**Ulcère de Burulli**
UNICEF	:	**United Nations Children's Fund**

INTRODUCTION

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

En plus de ces facteurs, le système de santé a été confronté à une crise sanitaire majeure, à savoir l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) ayant eu comme conséquence une aggravation des difficultés. Cette situation a profondément altéré l'état de santé de la population guinéenne tout en exacerbant le ralentissement du développement socioéconomique du pays.

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

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

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

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

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

En tenant compte des nouveaux défis mondiaux fixés par l'OMS pour le contrôle, l'élimination et l'éradication des MTN, le présent document constitue le nouveau plan directeur de lutte contre les MTN et les affections oculaires pour la période 2019-2023 et s'articule autour de cinq parties :

- L'analyse de la situation
- L'agenda stratégique
- Le cadre opérationnel de mise en œuvre
- L'estimation du budget
- Annexes

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

La mise en œuvre efficace de ce nouveau plan 2019-2023, va requérir la mobilisation des ressources nécessaires et l'implication de tous les acteurs : Etat, Partenaires bilatéraux et multilatéraux, ONG, Société Civile et Communautés bénéficiaires.

I. PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 CONTEXTE GENERAL

1.1.1 Situation géographique

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale. Elle est limitée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Libéria et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'Est en Ouest et 500 km du Nord au Sud. Sa superficie totale est de 245 857 km².

Carte administrative de la Guinée

Son climat est de type tropical alternant une saison pluvieuse et une saison sèche d'environ six mois chacune. Ce climat expose le pays à des risques permanents d'inondation, mais aussi à l'harmatan, des incendies en saison sèche particulièrement en Haute Guinée. Le pays donne naissance aux principaux cours d'eau de la sous-région : le fleuve Konkouré, le fleuve Kolenté, le fleuve Niger, le fleuve Sénégal, le fleuve Lofa et le fleuve Gambie.

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

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

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

La Haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays. Le niveau des précipitations varie entre 1 000 et 1 500 mm d'eau par an avec un climat chaud et sec.
La Guinée forestière est un ensemble de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national, caractérisée par une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3 000 mm par an avec un climat humide (PNDS 2015-2024).

1.1.2 Situation démographique

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014 la population guinéenne est de10.628.972 d'habitants avec une densité d'environ 43 habitants au km^2. Sur la base du taux d'accroissement naturel, la population guinéenne sera de 14 423 741 habitants en 2024 (PNDS 2015-2024). Les femmes représentent près de 52% de la population. La majorité de la population est jeune (44% sont âgés de moins de 15 ans) et vit en milieu rural (70%) presque exclusivement de l'agriculture et de l'élevage. La démographie est marquée par de fortes disparités régionales : Haute Guinée (24,9%), Basse Guinée (21,8%), Moyenne Guinée (19,3%), Guinée Forestière (18,3%) et la zone spéciale de Conakry (15,7%) de la population totale[1]. Seulement, 4% des guinéens ont plus de 65 ans et la taille moyenne des ménages est de plus de 6 personnes.
Le taux brut de natalité était de 34‰ en 2012 avec un indice synthétique de fécondité de 5,1. On note un taux de fécondité élevé aux jeunes âges, avec un taux de 146‰ pour la tranche de 15-19 ans, qui augmente rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum de 224‰ pour celle de 25-29 ans et qui se maintient à un niveau relativement élevé entre 30-34 ans où le taux se situe encore à 198 ‰. Les niveaux de mortalité adulte sont quasiment identiques chez les femmes et les hommes (4,9 et 4,7 décès pour 1 000). L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans[2].

1.1.3 Situation socio-économique

La situation socio-économique de la Guinée en 2012 est marquée par la persistance de la pauvreté. En effet, les données de l'ELEP 2012 (Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté) indiquent que 55,2 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté.
La croissance économique, estimée à 3,9% en 2011, impulsée principalement par l'augmentation de la production agricole et de la bonne tenue du secteur secondaire a perdu 2 points en 2015, suite à la survenue de la MVE.
Les recettes fiscales exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) ont augmenté de 16,8% à 19,8%, grâce à l'accroissement des recettes sur les produits pétroliers et des recettes sur le commerce international.
Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le Budget national a continué de baisser depuis plusieurs années. Les dépenses exécutées en faveur des secteurs de la santé et de l'éducation sont passées de 18,9% du budget total en 2010 à 13,5% en 2011 et 10,2% en 2012. La part de la santé a représenté 2,4% du budget total en moyenne sur la période 2010-2012[3] , ce qui a fortement affecté la qualité et l'offre de soins de santé.
Le pays dispose d'importantes ressources naturelles. En dépit de ses énormes potentialités naturelles, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde. En 2012, elle a occupé le 178ème rang sur 186 pays[4] à l'indice de développement humain durable (IDH).

---

1 MP, Bulletin de Population et Développement, 2012

2 PNUD, RMDH 2010.

3*3 DRSPIII, 2012*

4 PNUD, Rapport Mondialsur le DéveloppementHumain, 2012

1.1.4 Situation socio-culturelle

Le Taux Brut de Scolarisation au primaire (TBS) est en hausse passant de 78,3% en 2009/2010 à 80% en 2010/11 et 81% en 2012. Le TBS des filles est passé de 70,1% à 73,5%[5] dans la même période. Le taux brut d'achèvement est de 44% pour les filles et 56% pour les garçons. Le taux brut d'abandon au primaire est de 8% en moyenne avec 13% pour les filles et 6 % pour les garçons. Il est de 94% chez les filles à Conakry contre 26 % dans la région de N'Zérékoré.
Selon l'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté (ELEP) de 2008, le taux d'alphabétisation[6] est de 34,5% pour l'ensemble du pays, 49,9% et 21,5% respectivement pour les hommes et les femmes.

Les problèmes liés à l'efficacité interne et la qualité de l'éducation rendent la situation plus alarmante. En effet, le ratio élève / maître est demeuré très élevé (60) surtout en zones urbaines (120 à 150) créant des situations de classes pléthoriques et rendant l'administration des enseignements inefficaces. Le ratio livre/élève est également très faible rendant l'administration des apprentissages difficiles.
En effet, en 2012, le ratio élèves/livre de Français était de 1,23 pour le CP ; 1,13 pour le CE et 1,92 pour le CM.

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

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

Par ailleurs, l'offre d'éducation primaire ne permet pas de répondre à la demande accrue. On constate encore des disparités régionales dans l'accès et des groupes d'enfants restent hors de l'école. Il s'agit le plus souvent d'enfants vulnérables (notamment les enfants handicapés). Enfin, le secteur privé prend une place de plus en plus importante dans le secteur de l'éducation, notamment à Conakry. Ce qui contribue à exclure les enfants des pauvres du système éducatif. En effet, en 2012, au plan national, le privé abritait 30% des salles de classe. Au niveau des régions, le privé est plus présent à Conakry (79,3%), Kindia (30,1%) et Kankan (18%).
La Guinée, comme la plupart des pays africains est confrontée à des problèmes majeurs de santé mentale liés à la toxicomanie, car la consommation de la drogue est devenue fréquente chez les adolescents et les jeunes. Dans les établissements scolaires 17% des effectifs consomment le tabac alors qu'à l'échelle nationale, 57% de la population sont des fumeurs[7].

---

5 MP, Bulletin de Population et Développement, 2012

6MP, 'EnquêteLégère pour l'Evaluation de la Pauvreté, 201

7Enquête sur le tabagisme en milieu scolaire (Avril 2001), Guinée

1.1.5 Situation politique et administrative

Au plan politique, la Guinée s'est engagé dans un processus démocratique qui garantit les libertés et les droits fondamentaux dont le droit à la santé (article 15 de la constitution). La Guinée compte 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée spécifique. Le pays compte 33 préfectures, 39 communes urbaines parmi lesquels 6 à Conakry dont l'île de Kassa et 304 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1 615 districts ruraux. La structure organisationnelle du système de santé est calquée sur le découpage administratif et comprend 8 régions et 38 districts sanitaires (cf. PRRSSG).

1.1.6 Approvisionnement en eau potable et assainissement

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

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

1.1.7 Comportements, coutumes et attitudes

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

1.1.8 Transport et communication

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

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

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

[8] JMP 2014

Tableau 1 : Distances inter-préfectorales :

Distances Inter-Préfectorales de la République de Guinée

Grille kilométrique

Distances

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

Le réseau de télécommunication a connu une expansion rapide avec trois (3) opérateurs : Orange, MTN et Cellcom. On note une couverture de 100% des chefs-lieux de districts sanitaires. La quasi-totalité des sous-préfectures sont aussi couvertes par au moins un opérateur téléphonique. Chaque centre de santé dispose au moins d'une flotte téléphonique pour la transmission des informations sanitaires (Ministère de la santé et partenaires). Dans le cadre du renforcement de la surveillance à base communautaire, il a été mis en place des flottes téléphoniques sur l'ensemble du pays suite à l'épidémie de la maladie à virus Ebola. Le réseau internet se développe dans le cadre des NTIC. Tous les chefs-lieux de région et des districts sanitaires sont couverts par l'internet.

Un réseau de radios rurales et communautaires en pleine expansion, en plus de la radiotélévision nationale, couvre tout le territoire national. Ce réseau est renforcé par les radios privées dont la couverture est encore limitée à Conakry et à quelques régions.

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

1.2 ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

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

1.2.1. Objectifs et priorités du système de santé

1.2.1.1 Objectif Général

Améliorer l'état de santé de la population guinéenne

1.2.1.2 Objectifs stratégiques

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

Liens avec le PNDS 2015 – 2024

Le Plan de développement sanitaire dans son objectif stratégique1 décline la composante stratégique liée aux maladies transmissibles qui est une description partielle de la composante état de santé. Elle décrit la situation épidémiologique des principales maladies prioritaires qui sont :
Le paludisme dont la prévalence reste encore élevé avec une parasitémie supérieure ou égale à 15% (enquête MICS PALU_2016) chez les enfants. Cette pathologie représente 40,82% des consultations et 45,30% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques et 36% des causes de décès hospitaliers sont dues au paludisme grave. C'est la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans. (enquête MICS PALU_2016)

Le VIH/SIDA demeure un problème de santé publique avec une prévalence stable de 1,7% en 2012[9]. L'épidémie de VIH/SIDA est de type « généralisée ».(Plan de relance du système de santé 2015-2024)

La Tuberculose, de 178 TPM+ pour 100.000 habitants, reste encore élevée avec sa double charge de coïnfection avec le VIH/SIDA.
Autres maladies transmissibles :
Infection respiratoire aigüe (6%) et épisode diarrhéique (16%) chez les enfants de moins de 5 ans choléra, Méningite, Rougeole.

Les maladies tropicales négligées sont le trachome, la filariose lymphatique, la schistosomiase, les géo helminthiases, l'onchocercose, l'ulcère de Buruli, la trypanosomiase humaine Africaine et la lèpre.

9 EDS 2012

1.2.2 Analyse du système de santé dans son ensemble :

Etat de santé de la population

Tableau 2 : Données démographiques, socio sanitaires et économiques

Superficie	245.857km
Population Totale en 2014 (RGPH, 2012)	10.628.972 habitants
Population Urbaine	28% (estimation 2008) **
Population de moins de 15 ans	43,23% (estimation de 2012) **
Densité	41,42hab/km^2
Taux d'accroissement annuel moyen de la population	2,38 %**
Espérance de vie à la naissance (EDS IV, 2012)	58,9 ans
Taux d'alphabétisme global des adultes (ELEP, 2008)	34,5%
PIB par habitant	Inferieur a 556$*[1]
Indicateur de développement Humain (IDH)	0,456*
Classement sur la base de l'IDH (2012)	178ème /186 pays*
Taux de mortalité des enfants < 1 ans (EDSG IV2012)	67‰
Taux de mortalité des enfants < 5 ans (EDSG IV2012)	123‰
Taux de mortalité maternelle (EDSG IV2012)	724/100.000 NVs
Prévalence de la Tuberculose (2005)	178 TPM+ pour 100.000 habitants
Proportion d'accouchements assistés (EDS IV, 2012)	45% en 2012
Taux de césarienne (Annuaire 2008 de gestion des Hôpitaux)	1,54%[2]
Nombre de contacts/habitant/an (Annuaire 2008 stat sanitaires – MS-HP)	0.3
Enfants de 12-23 mois complètement vaccines	37%
Couverture CPN 1 (EDS IV, 2012)	85%
Couverture en CPN 4 (EDS IV, 2012)	57%
ISF (EDS IV, 2012)	5.1
Dépenses sanitaires (% PIB), 2006 (DSRP 2007)	0,40%
% de Ménages vivants au-dessous du seuil de Pauvreté	49,2% (DRSP1-2002) ; 53,4% (EICB 2006) ; 58% (DSRP3 -2010) ****

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

Malgré les diminutions observées, la mortalité maternelle et infanto juvénile restent encore très élevées. En effet de 2005 à 2012[10], la mortalité maternelle est passée de 980 à 724 pour 100.000 naissances vivantes, la mortalité infanto-juvénile est passé de 163‰ à 123‰.
Sur le plan épidémiologique, les principales causes de morbidité et de mortalité sont liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique et les maladies évitables par la vaccination.

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

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

[10]EDS III 2005 & EDS IV 2012

1.2.3 Organisation globale du système de santé

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

Organisation du sous-secteur public de la santé

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

- Le niveau périphérique ou district sanitaire comprend les postes de santé, les centres de santé et les hôpitaux préfectoraux ou communaux. La gestion du système de santé de district incluant la coordination des interventions est assurée par la Direction Préfectorale de la Santé (DPS). C'est le lieu d'application des directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé et des interventions des programmes spécialisés.
- La direction préfectorale de la santé (DPS) assure la gestion administrative des services de santé ;
- L'Hôpital préfectoral assure la gestion des services hospitaliers et des soins.
- L'instance de suivi et de Coordination au niveau du District de santé est le Comité Technique Préfectoral de Santé (CTPS) qui se tient une fois par semestre (les mois de Juillet et Janvier de l'année suivante).
- Le niveau intermédiaire ou région sanitaire est constitué de l'hôpital régional. La direction régionale de la santé impulse et coordonne les programmes spécialisés intervenant dans la région sanitaire. Elle est responsable du suivi, de la coordination, la formation, la gestion et l'évaluation des services et programmes de santé au niveau des districts de santé et hôpitaux préfectoraux de la région sanitaire relevant de sa juridiction.
- Elle organise 2 fois par an le Comité Technique Régional de Santé (CTRS) qui est l'instance de suivi et de coordination au niveau régional.
- Le niveau central est composé des hôpitaux nationaux et des programmes spécialisés.
- Le Ministère de la Santé assure le pilotage de l'ensemble du système à travers la mise en œuvre et le suivi de l'atteinte des objectifs de la Politique Nationale de Santé.

Tableau 3 : Structures publiques de soins

Typologie	Nombre
Poste de santé fonctionnel	925
Centre de santé	413
Hôpital préfectoral	26
Hôpital régional	7
Hôpital national	3

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

Organisation du sous-secteur privé

Le sous-secteur privé comprend d'une part, les structures médicales, et d'autre part, les structures biopharmaceutiques. Dans la typologie du sous-secteur médical, on distingue le cabinet de soins infirmiers ou de sages-femmes, le cabinet de consultations médicales, et la clinique.

En ce qui concerne les structures pharmaceutiques et biomédicales, elles sont composées des points de vente, des officines privées, des sociétés grossistes, et des laboratoires d'analyses biomédicales qui se répartissent comme suit :

Tableau 4 : Structures privées (toutes catégories confondues)

Typologie	Nombre
Cliniques	41
Cabinets médicaux	106
Cabinet Dentaire	17
Cabinets de Sages-femmes	16
Cabinets de soins infirmiers	152
Centre d'exploration médicale	4
Centre de santé associatif et confessionnel Officine privée Sociétés grossistes répartiteurs	35 408 58

Source: MS, Annuaire 2012 statistiques sanitaires

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

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

Ressources humaines :
Sur le plan des effectifs, selon la base de données de 2014 issues du recensement biométrique des RHS des secteurs public et privé, l'effectif s'élève à 11.527 agents de santé, répartis comme suit :

Les ATS (niveau secondaire) représentaient 37% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 4 ATS pour 10.000 habitants en 2014
Les IDE représentaient 13% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 1,4 infirmier pour 10.000 habitants en 2014
Les SFE représentaient 4% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité d 0,5 sages-femmes pour 10.000 habitants en 2014

Les techniciens de laboratoire représentaient 1,5% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 0,16 techniciens de laboratoire pour 10.000 habitants en 2014
Les médecins (spécialistes et généralistes) représentaient 16% du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 1,8 médecin pour 10.000 habitants

Les médecins (généralistes uniquement) représentaient 12 % de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 1,3 médecin généraliste pour 10.000 habitants en 2014
Les infirmiers, sages-femmes et médecins (généralistes) représentent donc 30% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 3,2 soignants pour 10.000 habitants en 2014

Selon les résultats du recensement biométrique de 2014 la Guinée disposait avant l'épidémie Ebola de 1417 médecins (généralistes), 1505 infirmiers d'Etat, 500 sages-femmes et 4284 agents techniques de santé (ATS) (Recensement national des personnels de santé, 2014), soit 0,725 agents de santé pour 1000 habitants (7,25 pour 10,000 habitants).

Infrastructures et équipements

Le pays ne compte que 413 centres de santé et 33 hôpitaux de districts. Cette faible densité en infrastructures sanitaires entraine que 50% de la population doit parcourir plus de 5 km pour atteindre un centre de santé, où très souvent les équipements de base, les médicaments essentiels et les autres produits de santé manquent cruellement. Cette situation contribue à la faible attractivité des services de santé telle qu'observée lors de l'épidémie de maladie à virus Ebola. De même, la très faible densité en laboratoires d'analyse biomédicale a joué un rôle dans le retard d'établissement des premiers diagnostics. Cette faiblesse du secteur public n'est compensée ni par un secteur privé performant, ni par des services à base communautaire efficaces.

Système national d'information sanitaire et recherche
La collecte des données de routine est effectuée à travers un système de rapport en cascade : enregistrement quotidien de données, puis synthèse mensuelle pour les centres de santé (CS) , les Hôpitaux Préfectoraux et Régionaux, aboutissant à l'élaboration d'un rapport mensuel pour les DPS ou les DCS et les Directions des hôpitaux selon le cas. Les hôpitaux nationaux transmettent des rapports trimestriels. La participation des structures de santé privées reste encore faible dans le système d'information. Il en est de même des données liées à la médecine traditionnelle, à la médecine du travail, à la santé mentale et à la santé scolaire. La schématisation du circuit de l'information est calquée sur la pyramide sanitaire du Ministère de la Santé avec la mise en place du système d'information des données sanitaires 2 (DHIS2)
En dehors du système de routine, il existe d'autres sources importantes qui permettent au secteur de la santé de disposer de l'information. Il s'agit des EDS, des enquêtes MICS, du recensement général de la population, et des enquêtes de suivi de la mise en œuvre des interventions. Le niveau opérationnel collecte et renseigne les activités liées essentiellement à la mise en œuvre du PMA et du PCA. La complétude est généralement bonne. La promptitude reste faible en raison des difficultés dans la communication entre les structures périphériques et les structures centrales. Au niveau central, la production des annuaires statistiques reste faible (le dernier annuaire date de 2012).

Financement de la santé
Le financement de la santé est mal connu ; on ne sait pas exactement ce que l'on dépense dans le secteur, bien qu'il soit approché par le premier exercice des comptes nationaux de la santé (CNS 2010).
En Guinée, les CNS 2010 indiquent que les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 62,2% des dépenses, suivi du Reste du monde, avec 26,9% des dépenses de santé dont 17,9% proviennent des fonds des coopérations multilatérales et 6,3% des fonds des ONG, fondations et firmes internationales, est la troisième source de

financement de la santé avec 8,8% des dépenses de santé, dont 8,6% proviennent du Ministère de l'Economie et des Finances et 0,2% des administrations déconcentrées.

Le budget du Ministère de la santé par rapport au Budget national a continuellement baissé de 2010 à 2013 avant d'amorcer une hausse en 2014 et 2015 sans atteindre même 5% : 3,5% en 2010, 2,54% en 2011, 1,98% en 2012, 1,75% en 2013, 2,16% en 2014 et 3,76% en 2015.

Selon les sources du MEF, en 2009, le budget du Ministère de la Santé était de 111,726 milliards de FG dans la loi de finances (LF), les crédits alloués se montaient à 87,593 soit 78% des prévisions et 81,672 d'exécutés soit un taux de 93%. Pour les deux années suivantes, on observe une tendance à la hausse du budget avec une particularité qui mérite d'être soulignée : les crédits alloués sont supérieurs à ceux qui sont prévus dans la Loi de Finances : 112,815 milliards et 221,037 contre respectivement 136,307 et 231,748. Les crédits exécutés en 2010 et 2011 sont supérieurs à ceux de 2009 en valeurs absolues ; toutefois, les taux d'exécution chutent considérablement entre 2010 et 2011, passant respectivement de 90% à 67%.

Les collectivités locales n'ont pas un niveau de participation significatif au financement de la santé. Elles ont une part de financement relativement faible qui généralement se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel, même si on relève un engagement bénéfique pour le secteur en termes d'investissements (construction de centres de santé, postes de santé et points d'eau)[11], soit à partir de leurs ressources propres soit en exploitant la filière de la coopération décentralisée et les associations des ressortissants.

Les ménages constituent la principale et la plus constante source de financement de la santé en Guinée avec 62,20% de la dépense totale de santé en 2010 sous forme de paiements directs. Les populations prennent en charge, à travers le système de recouvrement de coûts, une partie des coûts de fonctionnement des établissements de soins notamment le rachat des produits pharmaceutiques, la motivation du personnel, le fonctionnement de la chaine de froid, les dépenses d'entretien et de maintenance et les outils de gestion. A cela s'ajoutent les dépenses, inconnues mais importantes, des ménages dans les structures privées de soins, les examens complémentaires et l'achat de médicaments.

Le niveau des tarifs officiels a été relevé en 2009 et le mode de paiement appliqué au niveau des centres de santé et hôpitaux est le tarif éclaté.

Le privé, au titre du mécénat, mène des actions de santé timides. Dans ce domaine, le MS et ses partenaires sectoriels ne profitent pas assez des opportunités de plus en plus disponibles avec le développement des investissements privés comme les secteurs minier, de la téléphonie…

Le financement extérieur, avec 26,90% de contribution dans les dépenses de santé, constitue une source relativement importante du financement de la santé.

Le manque d'intégration au niveau des interventions des partenaires est à déplorer car ne contribuant pas à rationaliser l'utilisation des ressources et l'efficacité du système de santé.
La coordination des intervenants dans le secteur, la communication et le dialogue avec les acteurs se posent avec acuité.

11Confère 1

Produits et technologies de santé :
Les produits de santé sont régis par trois documents essentiels : la Politique Pharmaceutique Nationale, la Politique de Biologie Médicale et la Politique de Transfusion Sanguine.

Les produits médicaux sont gérés dans un cadre de référence dénommé Politique Pharmaceutique Nationale (PPN). Cette politique pharmaceutique nationale élaborée en 1994 et révisée en 2007 vise à améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'assurance qualité et l'usage rationnel du médicament.

Sur le plan institutionnel, l'administration pharmaceutique est assurée au niveau central par une Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires et aux niveaux intermédiaires et périphériques par l'Inspection Régionale de la Pharmacie et la Section Pharmacie et Laboratoires des DPS. Les autres organes et institutions d'appui sont : le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et la Commission Nationale du Médicament.

Sur le plan législatif et réglementaire, les problèmes liés au cadre juridique sont entre autres l'obsolescence de la Loi pharmaceutique, l'insuffisance des textes d'application de cette loi et la faible application des textes existants.
Le sous-secteur pharmaceutique public : Le sous-secteur pharmaceutique public est constitué de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), des Pharmacies des hôpitaux publics et des points de vente des formations sanitaires de base. La Pharmacie Centrale de Guinée est un Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial (EPIC) créé en 1992. Elle a pour mission l'approvisionnement et la distribution des produits et consommables médicaux. Placée sous tutelle du Ministère de la santé, elle jouit d'une autonomie de gestion. Elle comprend un dépôt central et six dépôts régionaux (Conakry, Boké, Labé, Kankan, Faranah et N'Nzérékoré).

Une convention est établie entre l'Etat et la PCG pour en faire l'outil privilégié d'approvisionnement des formations sanitaires publiques, parapubliques et communautaires, mais cette convention n'est pas appliquée.
Le sous-secteur privé pharmaceutique : Il est constitué par une (1) Unité de production de ME génériques, deux (02) Unités de production de médicaments à base de plantes médicinales, cinquante (50) sociétés grossistes répartiteurs, toutes basées à Conakry, 408 officines agréées dont 348 dans la capitale, 40 points de vente privés, 34 agences de promotion enregistrées.
Le sous-secteur informel : A côté de ces structures officielles d'approvisionnement, il existe malheureusement une contrebande qui alimente le marché illicite de produits pharmaceutiques et qui de nos jours gagne des proportions inquiétantes. Les sources d'approvisionnement de ce marché illicite sont très diverses : l'importation clandestine, le détournement des commandes des structures de soins publiques, des échantillons médicaux «gratuits» et des dons de médicaments. La probabilité de rencontrer des médicaments de mauvaise qualité est très élevée à cause du développement exponentiel du marché illicite. La faible capacité de la PCG à assurer l'approvisionnement correct des structures de santé en produits essentiels de qualité[12] et l'absence de contrôle de qualité favorisent la contrebande.

Dans le domaine de l'usage rationnel du médicament, les insuffisances en matière de formation et d'information des prescripteurs et l'influence négative de la promotion médicale conduisent à des mauvaises prescriptions de médicaments. La non-utilisation des outils d'aide à la prescription

12 Rapport d'évaluation du PNDS

rationnelle (protocoles thérapeutiques, guide thérapeutique national, ordinogramme) et la mauvaise dispensation des médicaments compromettent l'usage rationnel et la gestion des médicaments. L'automédication abusive, l'insuffisance d'information et le non-respect de la prescription médicale limitent le bon usage des médicaments. Il convient de noter le faible fonctionnement du système de pharmacovigilance et de matériau vigilance.

La biologie médicale est un outil efficace et indispensable de diagnostic, d'exploration et de thérapeutique dans le domaine de la médecine et des disciplines connexes. La Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires est l'organe de tutelle des laboratoires de biologie médicale. A travers la section biologie, elle assure la conception et la mise en œuvre de la politique de biologie médicale, propose les avis d'autorisations d'ouverture des laboratoires privés et assure la supervision et le contrôle des activités13. Les laboratoires qui interviennent dans le cadre de la biologie médicale sont organisés de façon pyramidale et sont le plus souvent intégrés dans les structures de soins qu'ils appuient.

Les préoccupations majeures liées à ce sous-secteur sont principalement l'insuffisance de ressources humaines qualifiées et le manque de manuels de procédures, le sous-financement, la faible intégration du volet « laboratoire » et le sous-équipement des laboratoires dans les centres de santé. Il existe également de nombreux laboratoires d'analyse biomédicale non agréés.

Déterminants de santé

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

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

Le tabagisme (17% dans les établissements scolaires), la toxicomanie et l'alcoolisme sont à la base de certaines maladies mentales chez les adolescents et les jeunes ainsi que d'autres maladies non transmissibles (PNDS 2015-2024)).

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

Au regard du contexte, de l'état de santé de la population et des facteurs sociaux qui le sous-tendent, les principaux problèmes identifiés sont : i) Un taux de croissance de la population élevé (3.1%) et en décalage avec la croissance économique (2.8%) ; ii) une faiblesse des revenus des populations avec une tendance à l'aggravation ; iii) une méthode de financement de la santé reposant

13Politiquenationale de biologiemédicale

essentiellement sur le paiement direct par les ménages ; iv) un cadre de vie peu propice notamment en zones urbaines caractérisées par une grande promiscuité et un faible niveau d'assainissement et d'hygiène ; v) un niveau d'alphabétisation faible et une faiblesse de l'offre de soins au niveau de l'ensemble de la population (inégalité dans la répartition, faible qualité, etc.) ; vi) un Partenariat Public/Privé presque inexistant ;vii) un accès aux soins qui reste insuffisant pour la majorité de la population; viii) un déséquilibre dans la répartition des partenaires sur le territoire national (régions et localités défavorisées) ; ix) une mauvaise gestion de l'environnement et de la biodiversité ; x) une inadéquation du cadre institutionnel et organisationnel actuel avec les défis du secteur de la santé (financement, gestion des ressources humaines, etc.) ; xi) des faibles capacités opérationnelles (insuffisance de ressources humaines, insuffisance d'équipements, etc.) des structures de régulation, de conception et d'appui technique ; xii) une faible application des textes juridiques et réglementaires.[14]

Le défi majeur du système de santé pour les années à venir est d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations des services de santé et le développement de la santé communautaire. Pour relever ce défi, le système de santé doit faire face à: l'amélioration de la gouvernance du secteur, la disponibilité de ressources humaines de qualité et motivées, le renforcement des infrastructures et des équipements, l'adoption d'un financement adéquat et équitable, la disponibilité des médicaments, autres produits de santé de qualité et technologies médicales, le relèvement de l'efficacité du système d'information sanitaire et de la recherche PNDS 2015-2024).

Facteurs ayant favorisé la survenue et la propagation de la MVE :
Il est établi que la propagation rapide de la maladie à virus Ebola est à rechercher dans la faiblesse du système de santé guinéen qui n'était pas préparé à faire face au défi de l'épidémie. En effet, de l'ensemble des insuffisances observées au niveau du système de santé, six facteurs ont contribué de manière significative à la survenue et à la propagation de la MVE. Il s'agit notamment de l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, de la vétusté des infrastructures sanitaires, des barrières socio culturelles a l'utilisation des services, de la sécurité transfrontalière, des capacités limitées en matière de prévention et contrôle des infections et de surveillance épidémiologique, et de la faiblesse de l'engagement communautaire.
Tous ces facteurs sont influencés à des degrés divers par l'instabilité politique et les troubles sociaux que le pays a enregistrés ces dernières années.

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

1.3 ANALYSE DE LA SITUATION /STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE DES MTN

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

De nos jours, les Maladies Tropicales Négligées constituent un groupe hétérogène de maladies ayant des conséquences néfastes pour la santé et le développement socio-économique de nombreuses communautés dans les pays en développement, notamment dans ceux à faible revenu.
Dans cette partie il sera question de l'épidémiologie, de la charge des maladies et des stratégies de mise en œuvre pour les 8 MTN répertoriées en Guinée.

1.3.1 Le Trachome :

Le trachome est une maladie infectieuse de l'œil provoquée par un micro-organisme appelé Chlamydia trachomatis, C'est la première cause de cécité évitable dans le monde,
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.

La cartographie de cette affection au niveau du territoire a été entreprise à partir de 2011 et a pris fin en 2015 avec l'appui de l'USAID/RTI/HKI. 31 districts sanitaires sur les 33 de l'intérieur du Pays ont été enquêtés. Seuls les deux districts (Coyah et Dubréka) frontaliers avec la capitale et considérés non endémiques n'ont pas été investigués.
Ces enquêtes ont donné les résultats ci-après :

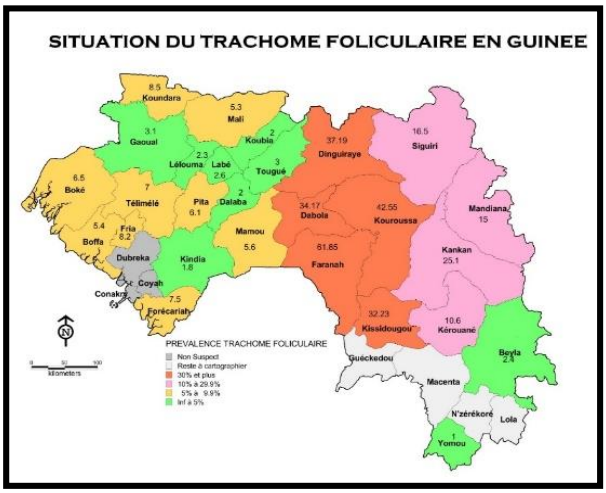
Tableau 5 : Prévalence du trachome folliculaire par districts sanitaires – 2015

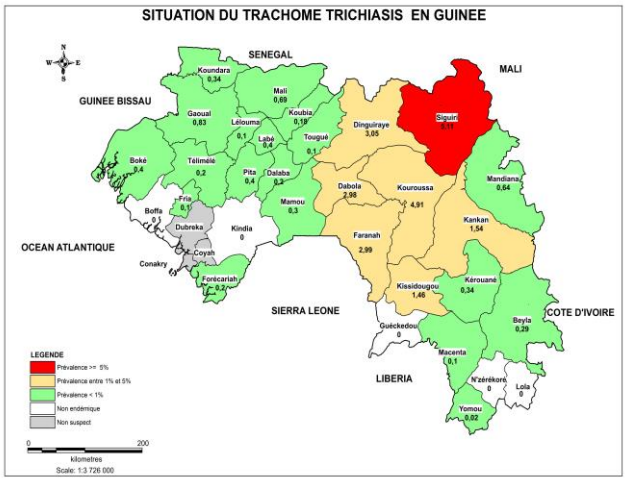
Strates Epidémiologiques	Districts Sanitaires
Prévalence : 30% et plus	Dinguiraye, Kouroussa, Dabola, Faranah et Kissidougou
Prévalence : 10% à 29,9%	Siguiri, Mandiana, Kankan et Kérouané
Prévalence : 5% à 9,9%	Koundara, Mali, Boké, Boffa, Fria, Télimélé, Forécariah, Pita et Mamou
Prévalence : inférieure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

Tableau 6 : Prévalence du trachome trichiasis par districts sanitaires -2015

Strates Epidémiologiques	Districts Sanitaires
Prévalence : 5% et plus	Siguiri
Prévalence : 1 à 4,9%	Dabola, Dinguiraye, Faranah, Kankan, Kissidougou, Kouroussa,
Prévalence : 0,1 à 0,9%	Kérouané, Mandiana, Beyla, Macenta, Mamou, Pita, Dalaba, Labé, Mali, Koubia, Tougué, Lélouma, Koundara, Gaoual, Télimélé, Fria, Boké, Forécariah

Graphique 1 : Prévalence du trachome en Guinée :





La lutte contre le trachome se fait à travers la stratégie CHANCE. Cet acronyme signifie :

- CH : chirurgie du trachome trichiasis qui est la complication conduisant à la cécité ;
- A : antibiothérapie des formes évolutive qui se fait par le traitement de masse des populations des districts endémiques et la prise en charge des cas ;
- N : le néttoyage du visage symbolisant la propreté du visage et des mains ;
- CE : le changement de l'environnement caractérisé par l'hygiène collective et environnementale.

Dans le 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. Depuis 2004, quelques activités ont été menées :

- Formation de 10 opérateurs de trachome trichiasis dans la région de Kankan pour la chirurgie des trichiasis avec l'appui de l'OPC.
- Dépistage de 848 cas de trachome trichiasis dans 4 sous-préfectures du district sanitaire de Kankan en collaboration avec les laboratoires THEA, et les ONG HKI, et OPC. Il s'en est suivi une prise en charge chirurgicale des TT dépistés.
- En collaboration avec OPC et le financement de Sight First, 1.556 TT ont été dépistés en 2004 par les distributeurs communautaires d'Ivermectine parmi lesquels 510 ont été opérés par les opérateurs de Trichiasis.
- Les opérateurs de Trachomes trichiasis ont opéré de 2004 à 2009 un total de 3193 cas.

De 2010 à 2015, seules de rares activités de chirurgie du Trachome Trichiasis (TT) sont menées avec moins de 800 cas d'opérations par an. Ceci est très en deçà des besoins quand on se réfère à l'estimation de plus de 25.000 cas en attente d'une prise en charge adéquate.
Pour la prise en charge des complications dues au trachome, le personnel qualifié réalisant la chirurgie du trichiasis est très insuffisant : à peine 13 techniciens spécialisés en ophtalmologie (TSO) dont trois exercent à Conakry la capitale.

Tableau 6 : Personnels pour la prise en charge des trichiasis par districts sanitaires

DISTRICTS SANITAIRES	TSO OPERATEURS TT
Conakry	3
Boké	1
Koundara	1
Kindia	1
Labé	2
Faranah	1
Kankan	2
Siguiri	1
N'Zérékoré	1
TOTAL	13

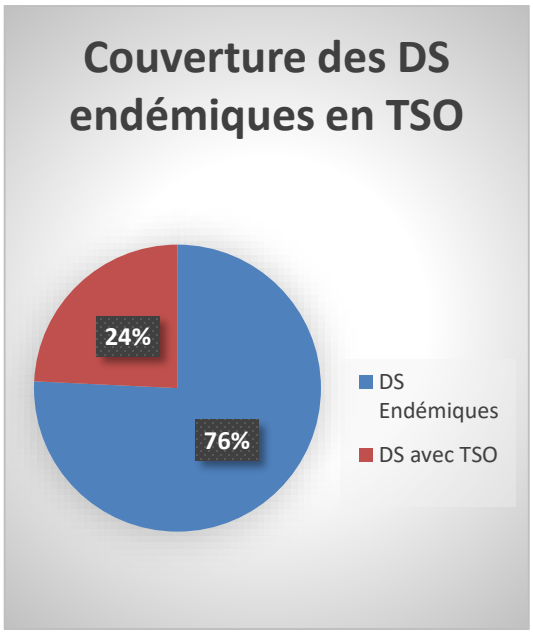


Tableau 7 : Trichiasis opérés de 2012 à 2017 par districts sanitaires (à partir de l'année d'enquête)

DISTRICTS	Année Enq	Prév TT	TT Opéré
Siguiri	2 013	5,11	2 460
Dabola	2 011	4,7	999
Dinguiraye	2 011	4,5	766
Kouroussa	2 011	2,6	664
Faranah	2 011	1,7	772
Kankan	2 013	1,54	682
Koundara	2 012	0,34	250
Mali	2 013	0,7	112
Gaoual	2 013	0,8	258
Boké	2 014	0,4	11
Forécariah	2 014	0,2	10
Labé	2 014	0,4	231
TOTAL			*7 215*

Le traitement de masse à l'Azithromycine et à la Tétracycline pommade ophtalmique (chimiothérapie préventive) a débuté en 2013 avec l'appui de USAID/RTI/HKI par 2 districts sanitaires et progressivement tous les districts sanitaires endémiques au trachome ont été couverts. Le tableau ci-après montre la progression de la couverture au niveau de ces districts.

Tableau 8 : Traitements de masse contre le trachome réalisé par districts sanitaires de 2013 à 2018 :

Années	Districts sanitaires couverts
2013	Faranah, Kissidougou
2014	Dabola,Faranah, Kissidougou, Kankan, Siguiri, Mandiana, Kérouané, Kouroussa
2015	Dabola ,Faranah, Kankan, Siguiri, Mandiana,Dinguiraye, Kouroussa
2016	Dabola,Faranah, Kissidougou, Kankan, Siguiri, Mandiana, Kérouané, Kouroussa, Dinguiraye
2017	Dabola, Faranah, Kissidougou, Kérouané, Kouroussa, Dinguiraye, Boffa, Boké, Fria, Télimélé, Forécariah, Mamou, Pita,
2018	Faranah, Kissidougou, Dinguiraye, Kouroussa et Dabola

Nettoyage du visage et changement de l'environnement :
Des activités ont été menées par des partenaires (WASH) et des Départements dans le cadre de la disponibilité de l'eau et des latrines dans les districts sanitaires du Pays.

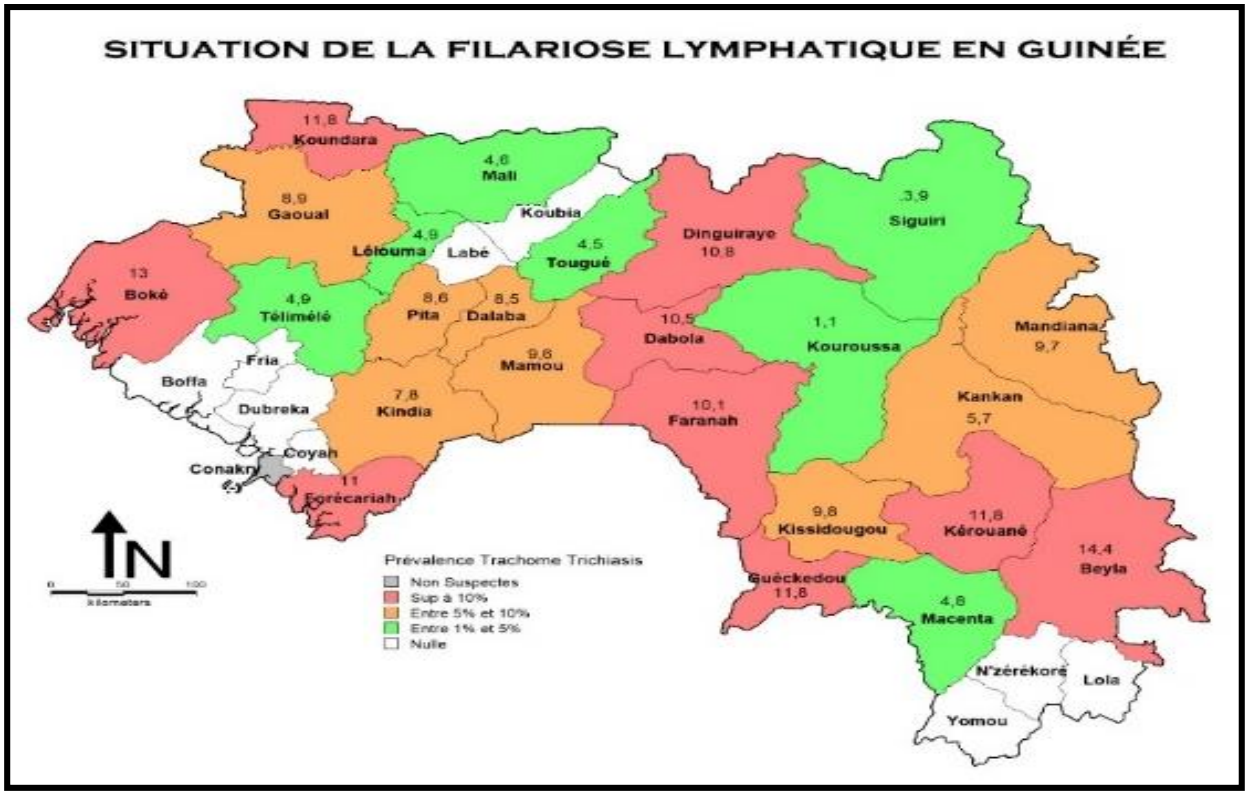
1.3.2 La Filariose Lymphatique :

La filariose lymphatique souvent appelée éléphanthiasis est une maladie parasitaire chronique qui est provoquée par une filaire appelée Wuchereria bancrofti.
La maladie est transmise par un moustique de la famille des anophèles.
Les personnes infestées peuvent être gravement défigurées ou handicapées.
Du fait de son expression clinique très invalidante, la filariose lymphatique était connue de longue date des services de santé guinéens et les cas étaient rapportés au niveau de 10 districts sanitaires (Boké, Forécariah, Kindia, Koubia, Beyla, Faranah, Kankan, Kérouané, Kouroussa et Siguiri).
En 2005, une évaluation de l'endémie filarienne a été réalisée dans 24 districts sanitaires sur les 8 régions administratives. Les résultats de cette évaluation ont permis d'identifier 15 districts endémiques et d'estimer leur niveau de prévalence.
Ces données ont été actualisées de 2011 à 2014 avec l'appui de USAID/RTI/HKI à travers des enquêtes de prévalence au niveau des 38 districts sanitaires du Pays qui ont révélé 24 districts sanitaires endémiques.
Les prévalences enregistrées au cours de ces enquêtes se présentent comme indiqué au tableau ci-après :

Tableau 9 : Répartition des districts sanitaires par strate épidémiologique :

Strates épidémiologiques	Districts sanitaires
Hyper-endémique 10% et plus	Boké, Koundara, Dinguiraye, Dabola, Faranah, Forécariah, Guéckédou, Kérouané et Beyla
Méso-endémique 5 à 9%	Gaoual, Pita, Kindia, Dalaba, Mamou, Mandiana, Kankan et Kissidougou
Hypo-endémique 1 à 4%	Telimélé, Lélouma, Mali, Tougué, Siguiri, Kouroussa et Macenta
Non endémique	Boffa, Dubréka, Coyah, Fria, Labé, Koubia, n'Zérékoré, Lola et Yomou

Graphique 2 : Prévalence de la filariose lymphatique en Guinée



La lutte contre 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, à travers la chimiothérapie et la prise en charge de la morbidité.
Prise en charge des morbidités :
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.

A partir de 2017 un plan pour la prise en charge des lymphoedèmes et des hydrocèles a été élaboré avec l'appui de CNTD Liverpool/Sightsavers.
En 2018, avec l'appui de Sightsavers, les activités suivantes ont été réalisées :
Formation des agents communautaires des 24 districts sanitaires endémiques au dépistage des complications de la filariose lymphatique ;
Formation des agents communautaires des 4 DS de la région de Faranah à la remontée des informations par SMS ;
Formation des 8 chirurgiens et des staffs des plateaux chirurgicaux des 4 DS de la région de Faranah ;
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.
Chimiothérapie de masse :
Pour interrompre la transmission de la filariose lymphatique, les districts endémiques ont été recensés et des programmes communautaires ("traitement de masse") mis en œuvre. La prise en charge repose sur l'administration annuelle d'une dose unique de deux médicaments associés : Albendazole et Ivermectine à la population à risque âgée de 5 ans et plus : ce qui permet de coupler ce programme a celui de la lutte contre l'onchocercose et les géo-helminthiases.
Le traitement de masse a débuté en 2014 avec 4 DS et à ce jour les 24 districts sanitaires sont couverts. Le tableau ci-après résume la progression de la couverture de traitement réalisé au niveau des districts endémiques.

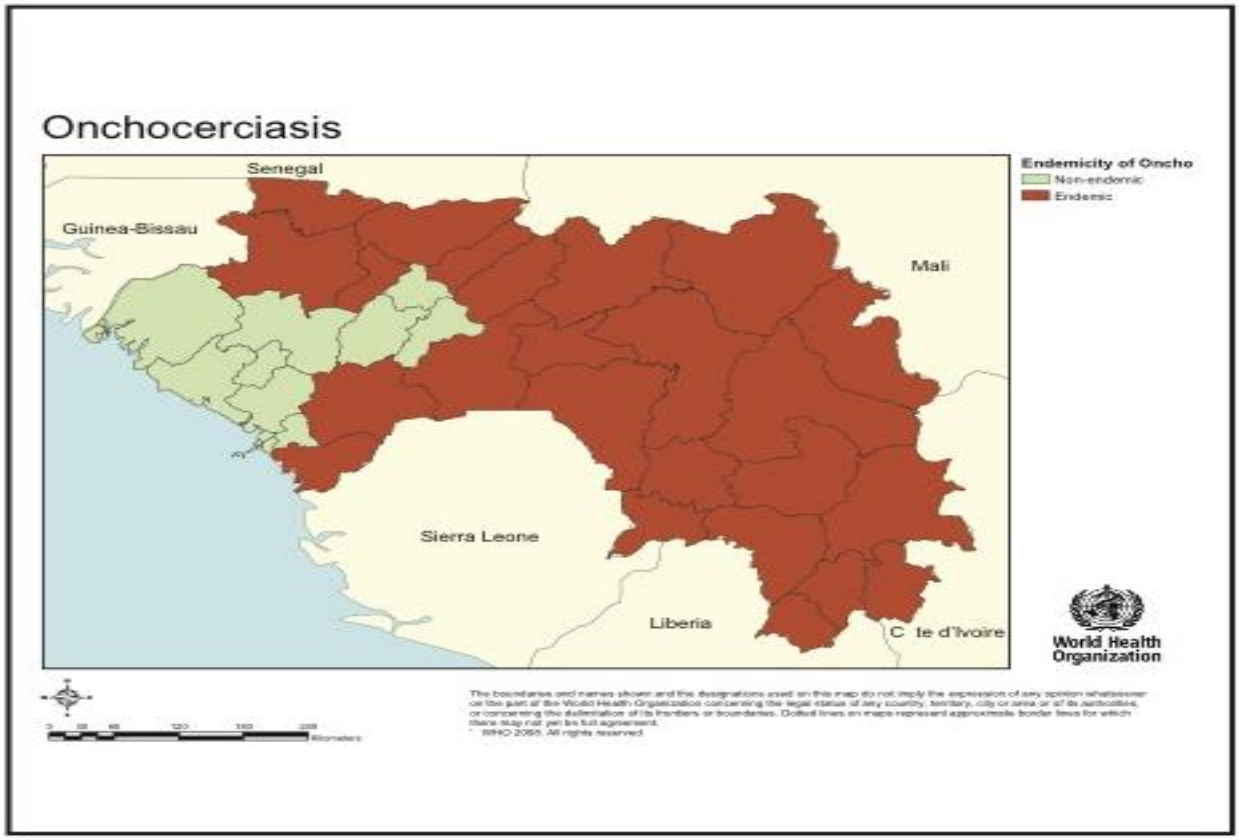
Tableau 10 : Traitements de masse contre la Filariose Lymphatique de 2014 à 2017 par districts sanitaires :

ANNEE	DISTRICTS SANITAIRE COUVERTS
2014	Dabola, Dinguiraye, Guéckedou et Koundara
2015	Dabola, Dinguiraye, Koundara, Dalaba, Pita, Kouroussa, Mandiana, Boké et Gaoual
2016	Dabola, Dinguiraye, Faranah, Kissidougou, Kankan, Kérouané, Kouroussa, Mandiana, Siguiri, Boké, Gaoual, Koundara, Dalaba, Pita, Mamou, Lelouma, Mali, Tougué, Kindia, Forécariah, Télimélé, Beyla, Guéckedou, et Macenta
2017	Dabola, Dinguiraye, Faranah, Kissidougou, Kankan, Kérouané, Kouroussa, Mandiana, Siguiri, Boké, Gaoual, Koundara, Dalaba, Pita, Mamou, Lelouma, Mali, Tougué, Kindia, Forécariah, Télimélé, Beyla, Guéckedou, et Macenta

1.3.3 L'onchocercose :

L'onchocercose est une maladie parasitaire due à *Onchocerca volvulus*. C'est une maladie cutanée et oculaire dont la cécité représente le stade ultime. Les vers adultes d'*O. volvulus* vivent dans des nodules sous cutanés où ils s'accouplent.
La maladie est transmise par une mouche noire appelée simulie.
La maladie est prévalente dans plus de 85 % du territoire. Les 7 régions sanitaires de l'intérieur du Pays sont endémiques avec 24 Districts Sanitaires sur 33. Au total 8229 villages onchocerquiens ont été recensés, totalisant plus de trois millions de sujets à risque. L'intervention du Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) à partir de 1987 a complètement changé le profil épidémiologique de cette maladie en Guinée.
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) ; à 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 %.

Graphique 3 : Districts Sanitaires endémiques à l'onchocercose



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).

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. Des études entomologiques et épidémiologiques de l'extension Ouest d'OCP ont été conduites dans les années 1980 pour déterminer les zones d'hyper endémicité et de méso endémicité.

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 comme cause de cécité en Guinée. La lutte anti vectorielle a été arrêtée sur l'ensemble des bassins fluviaux qui avaient été soumis aux traitements larvicides et l'OCP a été clôturé (31 décembre 2002).

L'onchocercose post OCP:

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

Malgré les résultats généralement remarquables en fin 2002, certaines zones où la situation épidémiologique n'était pas satisfaisante ont été retenues comme zone d'intervention spéciale (SIZ) où des actions spécifiques de distribution renforcée de l'Ivermectine ont été réalisées pendant cinq ans (jusqu'en 2007) avec l'appui de l'OMS, de Sightsavers et de l'OPC. 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 4 : 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.

La lutte contre l'onchocercose a été organisée de façon solide, durable et efficace grâce à l'appui d'APOC (qui a pris le relai d'OCP) et des ONG partenaires. 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.

A partir de 2014, avec l'appui de USAID/RTI/HKI, OMVS/CRS les 20 districts sanitaires co-endémiques à la filariose lymphatique ont bénéficié progressivement de traitements de masse intégrés, intéressant toute la population âgée de 5 ans et plus.

Le tableau ci-après montre les districts couverts dans ce cadre de co-implémentation.
Tableau 11 : Traitements de masse contre l'onchocercose de 2014 à 2017 par districts sanitaires :

ANNEE	DISTRICTS SANITAIRE COUVERTS
2014	Dabola, Dinguiraye, Guéckedou et Koundara,
2015	Dabola, Dinguiraye, Koundara, Kouroussa, Mandiana et Gaoual
2016	Dabola, Dinguiraye, Faranah, Kissidougou, Kankan, Kérouané, Kouroussa, Mandiana, Siguiri, Gaoual, Koundara, Mamou, Lelouma, Mali, Tougué, Kindia, Forécariah, Télimélé, Beyla, Guéckedou, et Macenta
2017	Dabola, Dinguiraye, Faranah, Kissidougou, Kankan, Kérouané, Kouroussa, Mandiana, Siguiri, Gaoual, Koundara, Mamou, Lelouma, Mali, Tougué, Kindia, Forécariah, Télimélé, Beyla, Guéckedou, et Macenta

Le TIDC a donc progressivement régressé pour ne concerner à ce jour que les quatre districts non endémiques à la filariose lymphatique, ce sont : Lola, Yomou, N'Zérékoré et Koubia.
Le suivi du traitement de masse à l'Ivermectine est contrôlé par des évaluations épidémiologiques (mettre la période) au niveau des villages sentinelles pour la détermination de la prévalence de l'onchocercose et par la surveillance entomologique qui concerne les points de capture pour déterminer le niveau de la transmission par le vecteur.

1.3.4 Les Schistosomiases et Géo-Helminthiases :

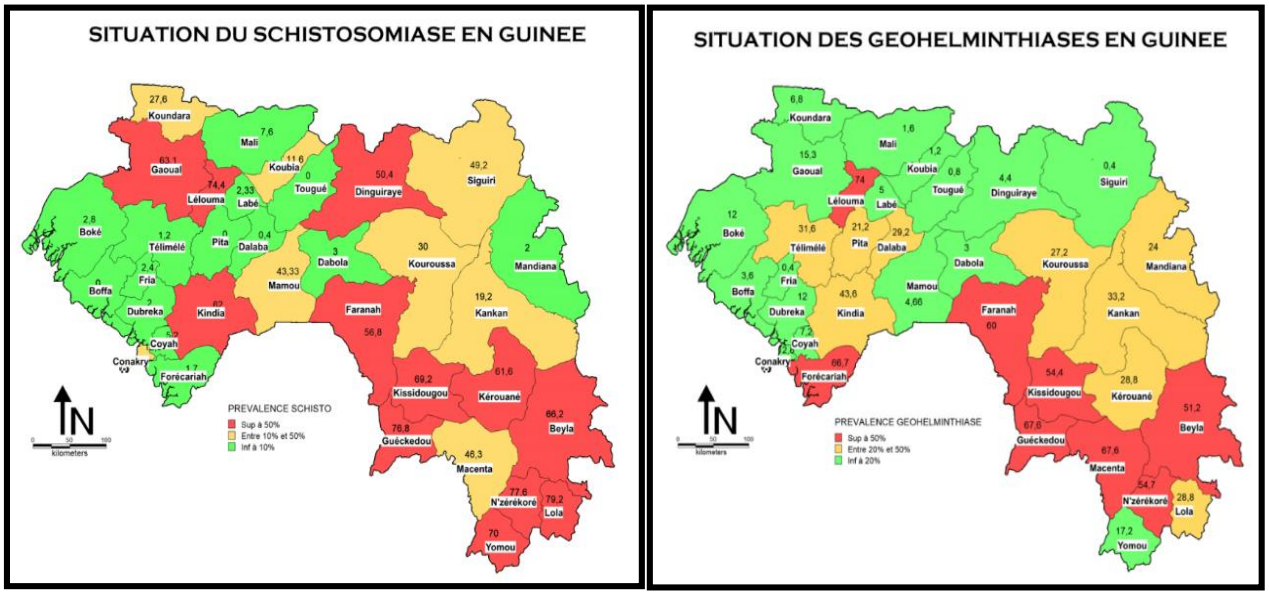
La schistosomiase est une maladie parasitaire due à des vers plats appelés schistosomes. On distingue 2 grands groupes en Guinée : la schistosomiase intestinale et la schistosomiase urinaire.
L'épidémiologie et la lutte contre la schistosomiase en Guinée sont menées de concert avec celles des géo-helminthiases.
Dans le cadre de la préparation de la mise en place de la Composante Santé et Nutrition Scolaires du projet PASE du Ministère de l'enseignement pré universitaire, une enquête nationale réalisée en 1995 a permis d'estimer l'importance des infections helminthiques chez les enfants d'âge scolaire. Les prévalences obtenues étaient les suivantes : *S. mansoni (25%), S. haematobium (19,9%).* Les géohelminthiases sont des maladies parasitaires causées par des vers ronds ou nématodes qui vivent dans le tube digestif de l'homme. Les plus répandues sont : *A. duodenale (43,9%), T. trichiura (13,9%), A. lumbricoides (9,5%).*
En 2009 et 2010, l'Organisation pour la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal (OMVS) a réalisé des enquêtes dans la zone du bassin qui ont donné les prévalences suivantes : 23,52% en Moyenne Guinée et 49,6% en Haute Guinée pour la Schistosomiase urinaire ; 30,22% en Moyenne Guinée et 47,5% en Haute Guinée pour la Schistosomiase intestinale ; 52,12% en Moyenne Guinée et 56,4% en Haute Guinée pour les Géo-helminthiases.
En 2010, les enquêtes réalisées à Beyla et Macenta, avec l'appui technique de HKI et le financement de Rio Tinto, ont donné les prévalences suivantes : 66,2% de S. mansoni, 21% de S. haematobium, 51,2% en Ankylostomiase, 8,1% d'Ascaris lumbricoides et de 2,4% de T. Trichiura.

Une réactualisation de la cartographie dans le cadre du plan directeur 2011-2015 a été conduite sur tout le territoire, district par district, de 2011 à 2014 avec l'appui de l'USAID/RTI/HKI.

Les tableaux ci-après montrent les résultats de ces enquêtes.

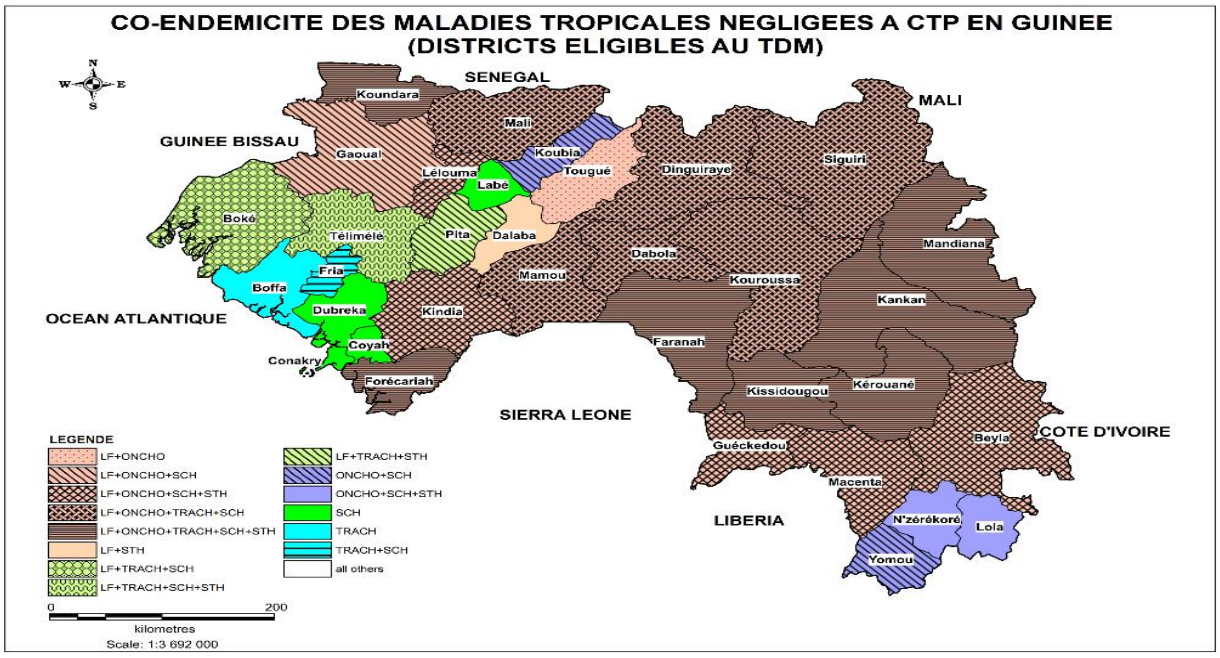
Prévalences Schistosomiases	
Districts sanitaires hyper-endémiques (50% et plus)	Gaoual, Dinguiraye, Faranah, Kissidougou, Kerouane, Kindia, Lelouma, Beyla, Gueckedou, Lola, Nzerekore et Yomou
Districts sanitaires méso-endémiques (10-49%)	Koundara, Matoto, Ratoma, Kankan, Kouroussa, Siguiri, Koubia, Mamou et Macenta
Districts sanitaires hypo-endémiques (1-9%)	Boke, Fria, Dabola, Mandiana, Coyah, Dubreka, Forecariah, Telimele, Labe et Mali
Prévalences Géo-hemintiases	
Districts sanitaires hyper-endémiques (50% et plus)	Faranah, Kissidougou, Forecariah, Lelouma, Beyla, Gueckedou, Macenta et Nzerekore
Districts sanitaires méso-endémiques (20-49%)	Kankan, Kerouane, Kouroussa, Mandiana, Kindia, Telimile, Dalaba, Pita et Lola
Districts sanitaires hypo-endémiques (moins de 20%)	Boffa, Boke, Fria, Gaoual, Koundara, Dixinn, Kaloum, Matam, Matoto, Ratoma, Dabola, Dinguiraye, Siguiri, Coyah, Dubreka, Koubia, Labe, Mali, Tougue, Mamou et Yomou

Graphique 5 : Prévalence des schistosomiases et géo-helminthiases en Guinée



A l'issu de ces enquêtes sur les 5 MTN/CTP, on note une co-endémicité dans la plupart des districts sanitaires :
Nombre de districts sanitaires avec 5 MTN/CTP : 7

Nombre de districts sanitaires avec 4 MTN/CTP : 12
Nombre de districts sanitaires avec 3 MTN/CTP : 5
Nombre de districts sanitaires avec 2 MTN/CTP : 5
Nombre de districts sanitaires avec 1 MTN/CTP : 6
Graphique 5 : Co-endémicité des MTN/CTP



Actuellement l'approvisionnement en médicaments dépend entièrement de donation à travers l'OMS. La pérennité et la régularité des donations sont cruciales. De 1996 à 2007, la Banque Mondiale a financé l'achat de Praziquantel, de Mébendazole pour le traitement de masse des enfants d'âge scolaire à travers les structures de santé scolaire.

Avant 2012, la prise en charge de ces deux affections étaient essentiellement réalisée à travers le Service National de Santé Scolaire et Universitaire (SNSSU) par la distribution biannuelle de Praziquantel et d'Albendazole/Mébendazole dans les écoles primaires du Pays aux enfants d'âge scolaire et aussi lors des journées nationales de vaccination et de journées de l'enfant.

En 2012, une campagne de distribution de masse de médicaments (Praziquantel et Albendazole) à Nzérékoré, Yomou, Lola, Gueckedou, Macenta, Kissidougou et Beyla a été réalisée avec l'appui de l'USAID/RTI/HKI
On notera aussi les activités ponctuelles de lutte contre les schistosomiases et les géo-helminthes dans le cadre de l'OMVS.

A partir de 2014, le traitement de masse contre les géo-helminthiases a été intégré à celui contre la filariose lymphatique et l'onchocercose. Les districts sanitaires endémiques aux géo-helminthiases ont ainsi bénéficié progressivement de traitements à l'Albendazole qui ont intéressé toutes les populations âgées de 5 ans et plus.

Tableau 12 : Traitements de masse réalisé contre les géo-helminthiases par districts sanitaires de 2014 à 2017 :

ANNEE	DISTRICTS SANITAIRE COUVERTS
2014	Guéckédou
2015	Guéckédou, Kouroussa, Mandiana, Forécariah, Dalaba, Pita
2016	Lélouma, Faranah, Kissidougou, Kankan, Kérouané, Kouroussa, Mandiana, Dalaba, Pita, Kindia, Forécariah, Télimélé, Beyla, Guéckédou, et Macenta
2017	Lélouma, Faranah, Kissidougou, Kankan, Kérouané Kouroussa, Mandiana, Dalaba, Pita, Kindia, Forécariah, Télimélé, Beyla, Guéckédou, Macenta, N'Zérékore et Lola

S'agissant de la schistosomiase, le traitement de masse a été effectif à partir de 2016. Il faut noter que dans les trois districts sanitaires non endémiques à la filariose lymphatique (N'Zérékoré, Lola et Yomou), une co-implémentation Praziquantel + Albendazole a été administrée car il s'agissait de districts endémiques aussi aux géo-helminthiases.

Tableau 13: Traitements de masse réalisé contre les schistosomiases de 2016 à 2018 par districts sanitaires :

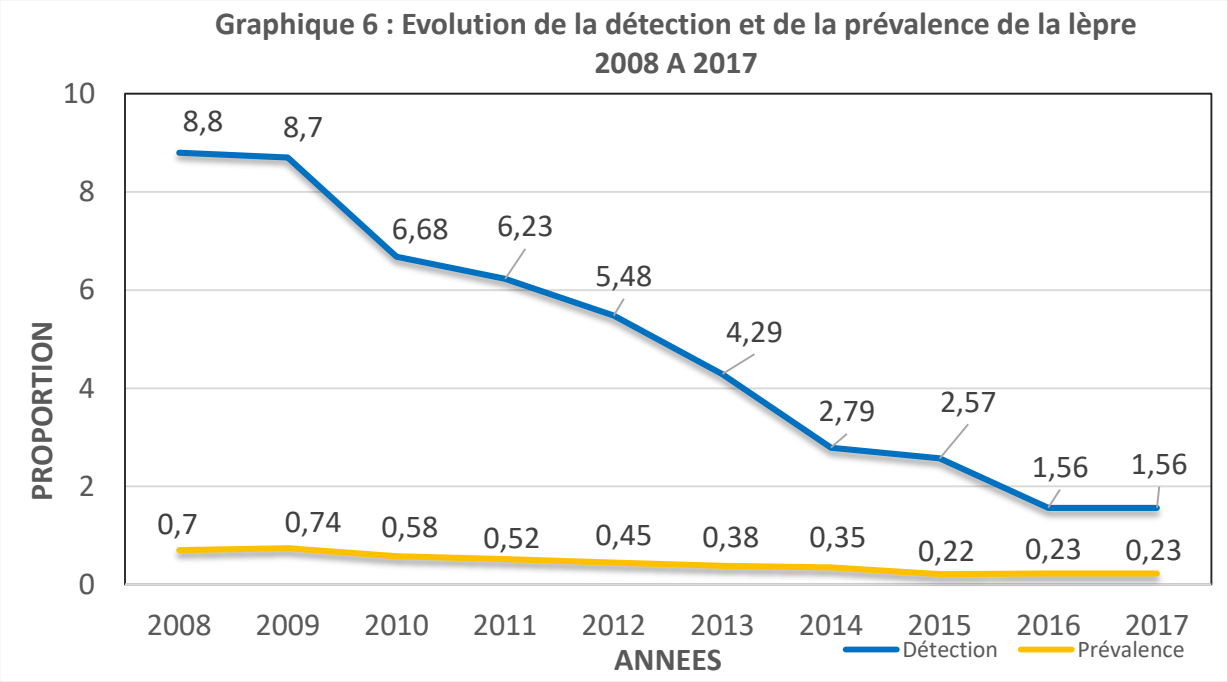
ANNEE	DISTRICTS SANITAIRE COUVERTS
2016	Lélouma, Beyla, Guéckedou, Koundara, Gaoual, koubia, Dinguiraye,Faranah, Gaoual, Kérouané, Kindia, Kissidougou, Kouroussa, Kankan, Siguiri et Mamou
2017	Lélouma, Faranah, Kissidougou, Kankan, Kérouané, Kouroussa, Mandiana, Kindia, Forécariah, Télimélé, Beyla, Guéckedou, Macenta, N'Zerekore, Lola, Dinguiraye, Gaoual, Yomou, Siguiri, mamou, , Macenta, Koundara

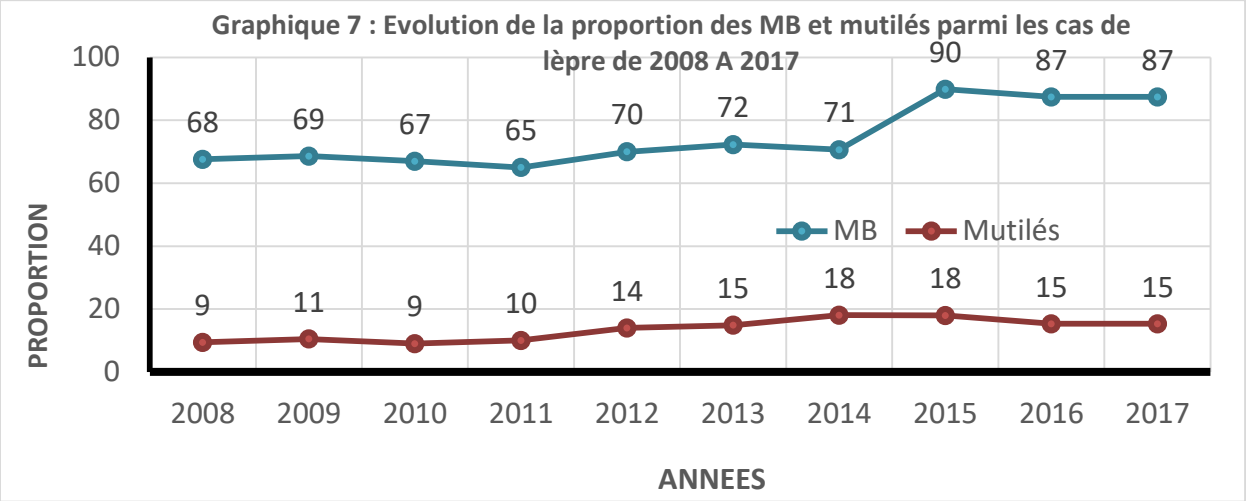
Il faut noter que le retard mis pour le passage à l'échelle dans le traitement de masse de ces cinq maladies à chimiothérapie préventive avait pour cause l'apparition de l'épidémie à virus EBOLA qui a frappé tout le Pays de 2014 à 2015.

1.3.5 La Lèpre :

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.

Durant ces 20 dernières années, des progrès ont été réalisés dans le domaine de la lutte contre la lèpre, notamment celui du traitement par la poly-chimiothérapie (PCT).
Si la mise en œuvre et l'application sur une large échelle de cette poly-chimiothérapie ont permis une importante réduction de la prévalence de la lèpre, son impact sur les invalidités et les déformations qui lui sont associées a été très limité.
Situation épidémiologique
En 1990, le taux de prévalence de la lèpre était à près de 12 cas pour 10.000 Habitant et celui de la mutilation de 16,17 %. Ces chiffres montrent que la lèpre était un réel problème de Santé publique en Guinée. De cette date à 2008, plusieurs efforts ont été consentis pour la lutte contre la lèpre parmi lesquels, l'organisation des campagnes d'élimination de la lèpre en 1997 (CEL), les actions spéciales d'élimination de la lèpre dans les zones enclavées en 1998 (SAPEL), l'amélioration de la logistique, des équipements et les formations des agents impliqués dans la lutte contre la lèpre. Toute cette synergie d'interventions a conduit à une régression progressive du taux de prévalence de 12 cas pour 10.000 en 1990 à 0,21 cas pour 10.000 habitants en fin 2014.
Tous les districts sanitaires ont atteint le seuil d'élimination de la lèpre c'est-à-dire moins d'un cas pour 10.000 habitants. Cependant il existe encore à l'intérieur de certains districts des zones hyper-endémiques à plus d'un cas : ce qui justifie la détection d'au moins 300 nouveaux cas par an dont 86% de multibacillaires





La stratégie de lutte contre la lèpre repose sur les activités suivantes :

- Dépistage des cas dans tous les DS du pays ;
- Traitement des cas intégrés dans le paquet minimum d'activités des structures sanitaires ;
- Information et sensibilisation des populations ;
- Mise en place des centres de référence pour le Diagnostic et prise en charge des complications ;

La synergie d'intervention pour la lutte contre la lèpre a conduit à une régression progressive de la 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.

Le nombre moyen de nouveaux cas par an est de 250 malades.
Pour l'année 2017, le niveau des indicateurs était le suivant : taux de détection (2,4/100000 hts), proportion des multibacillaires parmi les nouveaux cas (86%), proportion des enfants parmi les nouveaux cas (7%), proportion des mutilés parmi les nouveaux cas (17%), la prévalence (0,23/10000 hts).

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

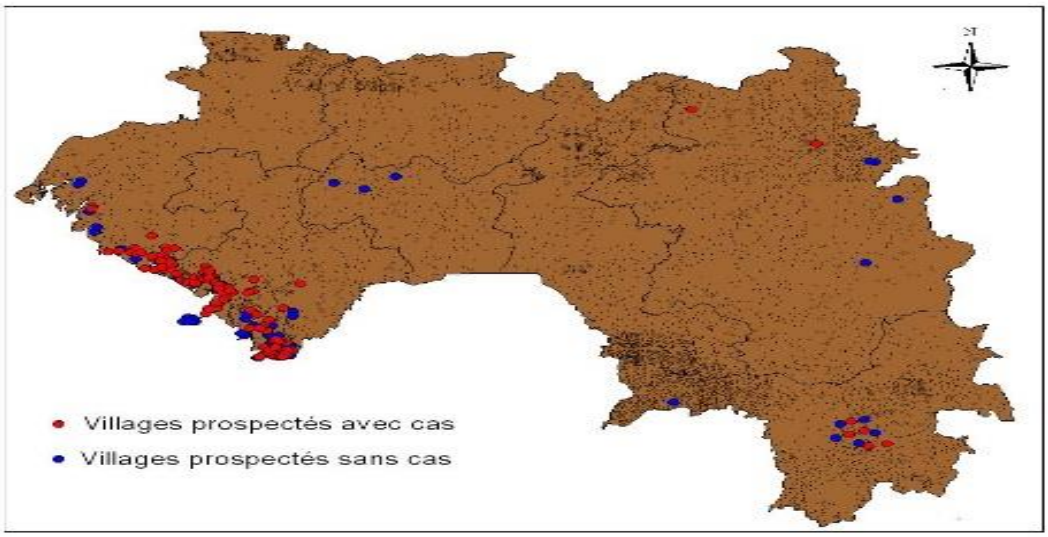
Neuf principales interventions suivant les axes stratégiques sont développées dans le cadre de la mise en œuvre du programme national de lutte contre la lèpre. Ce sont :

- Maintenir l'engagement politique des décideurs et des partenaires dans la lutte contre la lèpre
- Assurer un diagnostic précoce et une prise en charge correcte des cas de lèpre
- Assurer la réadaptation physique des cas mutilés
- Assurer la réinsertion socio- professionnelle des anciens malades de la lèpre.
- Assurer la surveillance épidémiologique à tous les niveaux
- Prévenir les invalidités chez 100% des nouveaux malades de la lèpre
- Renforcer les capacités de gestion et de coordination du programme
- Renforcer le partenariat aux niveaux national, régional et préfectoral
- Renforcer la participation communautaire.

1.3.6 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.

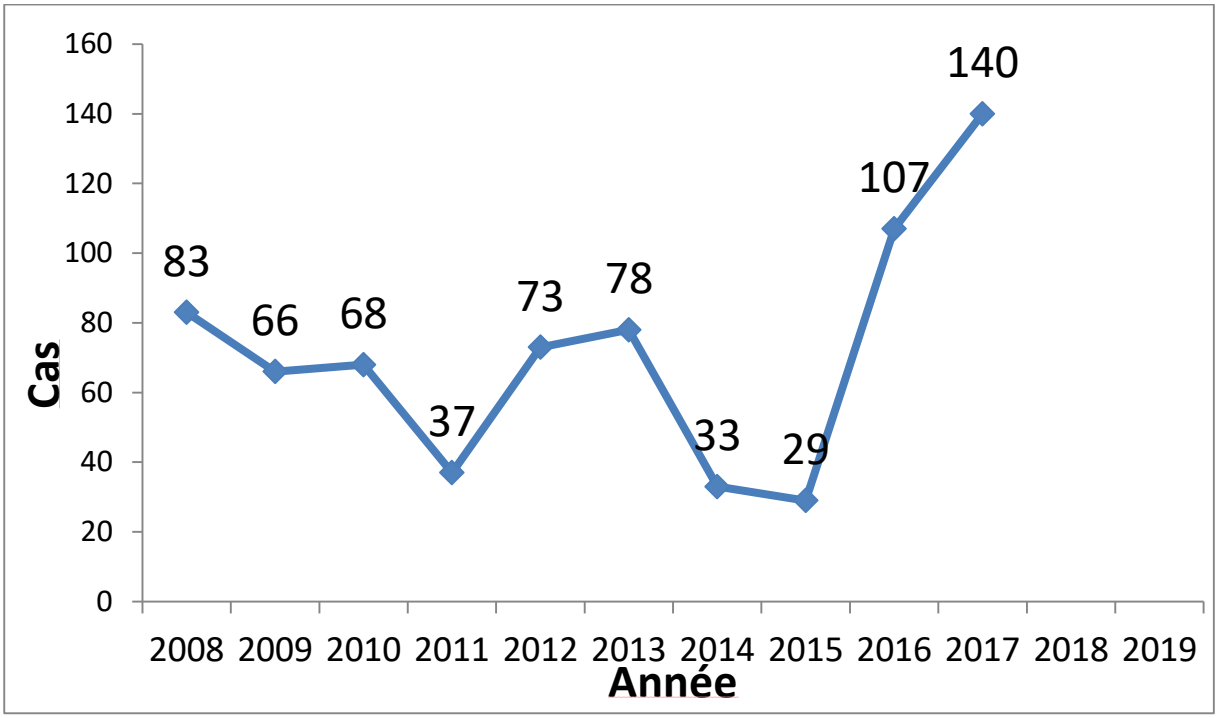
Graphique 8 : Distribution de la THA en Guinée



Depuis 2002 la relance de la lutte contre la THA est effective en Guinée à travers des activités de dépistage.

667 cas ont été dépistés de 2002 à 2010, renforcé par l'identification des principaux foyers du pays et la cartographie de la distribution de la maladie.
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 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 (au niveau de points fixes et porte à porte).
Nombre de cas rapportés de THA en Guinée (2008-2017)

Graphique 9 : Nombre de cas rapportés de THA en Guinée (2008-2017)



Prise en charge correcte des cas :

Le traitement comporte nécessairement 3 phases : traitement préparatoire, traitement spécifique et suivi post-thérapeutique.
Sensibilisation des populations : Les différents canaux de sensibilisation sont utilisés pour permettre à la population de mieux connaitre la maladie et les structures appropriées pour les soins.
- 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.
- Installation des sites sentinelles : pour la surveillance épidémiologique dans les anciens foyers (Pita, Kankan, Guéckédou et N'Zérékoré) avec l'appui de l'OMS.

- 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

1.3.7 L'Ulcère de Buruli (UB)

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 et des femmes. 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 (statistique des hôpitaux préfectoraux et du Centre de Traitement Ulcère de Buruli de N'Zérékoré).
En 2010, 40 cas cliniques ont été notifiés dont 10 cas confirmés à la PCR.

Trois axes stratégiques sont retenus conformément aux recommandations de l'OMS et aux directives du plan national de développement sanitaire (PNDS) :
Le dépistage précoce des cas à base communautaire dans le but de réduire les complications et le coût du traitement.
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
La recherche opérationnelle pour développer de nouvelles connaissances sur la problématique de l'UB.

A ce jour, les activités réalisées sont les suivantes :
La formation du personnel de santé sur le dépistage et la prise en charge des cas dans les DS de : N'Zérékoré, Lola, Yomou, Beyla, Macenta, Guéckédou, Kissidougou, Faranah, Mamou, Dalaba, Pita, Lélouma, Koubia, Gaoual, Mali, Koundara ;
La sensibilisation des communautés par les radios communautaires ;
La construction du centre de dépistage et de traitement à N'Zérékoré avec l'appui de la Fondation Raoul Follereau Luxembourg en 2005
Dépistage actif et traitement de 348 cas pendant les campagnes de 2014 ç 2017 ;

1.3.8 Cartographie des MTN :

La cartographie des MTN se présente comme suit :

Tableau 14 : Statut de la cartographie des MTN

Nom de la maladie endémique	Nombre total de Districts	Nombre de districts suspect d'être endémique	Nombre de districts cartographiés	Nombre de districts endémique (résultat de la cartographie)	Nombre de districts dont l'endémicité n'est pas connue (Besoin de cartographie ou de prospection)
Onchocercose	38	33	33	24	0
Trachome	38	31	31	18	0
Filariose Lymphatique	38	38	38	24	0
Schistosomiase	38	38	38	31	0
Géo-Helminthiase	38	38	38	17	0
Lèpre	38	38	38	38	0
THA	38	7	7	7	0
Ulcère de Buruli	38	22	3	3	0

1.3.9 Intervention des Programmes MTN :

Tableau 15 : Résumé sur les interventions des programmes de MTN-CTP/PCC

MTN	Date de début de la lutte	Nbre total de districts ciblés	Nbre de districts couverts (couverture géographique)	Nbre total de la pop. Visée dans les districts ciblés (2018)	Nbre de la pop couverte (pourcentage)	Stratégie clé utilisée	Les partenaires clés
Onchocercose	1986	24	24 (100%)	6 133 185	100%	TIDC/ DMM	USAID/RTI/HKI, OMS, OMVS/CRS, Sightsavers, OPC,, MDP
Schistosomiase	2008	23	23(100%)	2 960 204	100%	DMM	USAID/RTI/HKI, Sightsavers ,OMVS/CRS, OMS,, MDP

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

1.3.10 Lacunes et priorités

Les MTN ont été retenues comme priorité dans le document de politique du Ministère de la Santé.

Un arrêté a été prise intégrant toutes les 8 maladies tropicales négligées dans un seul programme dénommé PNLMTN depuis Mars 2018 ; mais la mise en application n'est jusqu'à ce jour pas effective.

La prise en charge des MTN se fait à 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 distribution de masse de médicaments : La distribution du médicament est une composante essentielle pour la prévention à l'échelle communautaire. Cette formation se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et à son extension communautaire. Elle concerne l'approvisionnement en médicament, la gestion des stocks, l'acheminement et la distribution du médicament au niveau de la communauté.
La formation du personnel à la prise en charge des complications : Cette formation spécifique concerne les agents de santé qui sont en poste dans les zones d'endémie.

La distribution de masse de médicaments proprement dite qui doit être effectuée au niveau des zones endémiques avec des couvertures géographiques à 100% et thérapeutiques supérieures à 80%.
Le suivi et l'évaluation des activités sur le terrain : Cette activité nécessitera une formation à tous les niveaux, une évaluation à mi-parcours et à la fin du programme :

- L'élaboration de plans d'action annuels durant les 5 années du plan ;
- Le maintien de la surveillance épidémiologique et entomologique.
- Le renforcement de la sensibilisation pour la mobilisation sociale en vue de la participation active des communautés.
- La recherche opérationnelle.
- L'approvisionnement en médicaments régulier et sur le long terme.
- La mise en place d'un centre de prise en charge des complications liées à la lèpre par région naturelle.

La prise en charge des complications liées au trachome et à la filariose lymphatique
La réadaptation des malades victimes d'infirmité et de mutilation.

1.3.11 Analyse FFOM (SWOT) :

Les forces :

MTN retenues comme une priorité au niveau national et inscrites au PNDS 2015-2024

- Politique de promotion de la sante existe au niveau du Ministère de la Santé
- Existence de Programmes fonctionnels de lutte contre les MTN
- Existence d'au moins 4 flottes téléphoniques pour les facilités de communication
- Existence d'une centrale d'achat de médicaments : PCG
- Existence d'un système intégré de soins incluant les MTN

Les Faiblesses :

- Insuffisance de coordination des interventions de contre les MTN ;
- Insuffisance de la cartographie sur l'Ulcère de Buruli pour montrer l'ampleur de la maladie ;
- Absence de gestionnaire de base des données ;
- ;Insuffisance de ressources financières pour le fonctionnement des programmes ;
- Insuffisance de structures appropriées pour la prise en charge des cas des complications liées à l'Ulcère de Buruli, la Lèpre et la Filariose lymphatique ;
- Difficulté de décaissement des fonds au niveau de l'Etat ;
- Insuffisance d'intégration des données MTN à CTP dans le SNIS ;
- Insuffisance du suivi-évaluation et de la recherche opérationnelle ;
- Insuffisance du personnel au niveau de la coordination des programmes.

Les Opportunités :

- Relance des soins de santé primaires
- Le soutien de l'OMS à l'intégration des activités et à leur mise à l'échelle
- Présence et engagement des partenaires et donateurs
- Disponibilité des communautés pour l'offre de soins
- L'existence d'autres secteurs d'activité ayant un effet bénéfique dans la lutte contre les MTN (Agriculture, SNAPE, autres programmes)
- Existence d'un réseau communication (téléphone, radio communautaires/rurales …)

Les Menaces :

- Instabilité du personnel dans les structures périphériques (CS, PS)
- Problème de motivation des agents communautaires
- La pauvreté des ménages
- La faible allocation financière de l'Etat au secteur de la santé
- Instabilités socio-politiques (périodes électorales, grèves)

Tableau 16 : 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 des Programmes fonctionnels de lutte contre les MTN Existence de 2 flottes téléphoniques pour les facilités de communication Existence d'une centrale d'achat de médicaments : PCG Existence d'un système intégré de soins incluant les MTN	Insuffisance de la cartographie sur certaines MTN pour montrer l'ampleur de ces maladies ; Insuffisance de capacité de gestion intégrée des MTN Insuffisance de structures appropriées pour la PCC Faible sensibilisation des populations Le faible niveau de couverture thérapeutique l'insuffisance des données sur les MTN ; Faiblesse/insuffisance de la surveillance intégrée des MTN ; L'insuffisance du suivi-évaluation et de la recherche opérationnelle ; Mauvaise répartition du personnel
OPPORTUNITES	**MENACES :**
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 …	Instabilité du personnel dans les structures périphériques (CS, PS) Instabilité socio-politique Problème de motivation des agents communautaires 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

Tableau 17 : Matrice d'appariement de l'analyse FfOm (SWOT) du Programme MTN

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

II. DEUXIEME PARTIE : AGENDA STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LES MTN

2.1 VISION

Notre vision est une Guinée débarrassée du fardeau des Maladies Tropicales Négligées.

2.2 MISSION

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

2.3 PRINCIPES DIRECTEURS ET PRIORITES STRATEGIQUES

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

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

- Priorité stratégique 1 : Mettre à l'échelle l'accès aux interventions, au traitement et aux capacités de prestation de services des programmes MTN ;
- Priorité stratégique 2 : Renforcer la planification pour la mobilisation des ressources, la viabilité financière des programmes et les résultats ;
- Priorité stratégique 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et les partenariats, l'appropriation des programmes MTN par le gouvernement et les communautés ;
- Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle des programmes MTN.

Tableau 18 : Résumé du cadre stratégique

Priorités Stratégiques	Objectifs stratégiques
PS 1 : Mise à l'échelle de l'accès aux interventions de lutte et au renforcement des capacités du système	Intensifier les interventions de chimiothérapie préventive
	Intensifier les interventions de prise en charge des cas et des complications
	Assurer la Réhabilitation et la réinsertion socio-économique des personnes vivant avec un handicap par MTN
	Mettre à l'échelle des interventions de prévention de la transmission des MTN
PS2 : Renforcement de la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la	Décliner le plan directeur en des plans opérationnels annuels à tous les niveaux avec des objectifs SMART
	Renforcer les capacités de planification opérationnelle à tous les niveaux (communauté, centre de santé, préfectoral, régional et central) dans la lutte contre les MTN

pérennité financière des programmes nationaux de lutte contre les MTN	Renforcer le mécanisme de Mobilisation des ressources et la pérennité financière
PS3 : Renforcement de l'appropriation par le gouvernement, de la sensibilisation, de la coordination et des partenariats	Intensifier le plaidoyer pour la mise à disposition effective des ressources (financières, matérielles et humaines) par l'Etat pour la lutte contre les MTN
	Renforcer le partenariat public-privé pour le soutien à la lutte contre les MTN à tous les niveaux
	Renforcer le mécanisme de coordination de la lutte contre les MTN aux différents niveaux de la pyramide sanitaire selon le contexte Régional de l'OMS
	Renforcer les actions de communication pour une meilleure visibilité du programme MTN.
PS4 – Renforcement du suivi et de l'évaluation des MTN, de la surveillance et de la recherche opérationnelle.	Renforcer le mécanisme de suivi-évaluation des activités et de surveillance dans le cadre de la lutte contre les MTN
	Renforcer la recherche opérationnelle sur les MTN
	Renforcer les mesures de pharmacovigilance en rapport avec les médicaments et réactifs utilisés dans la lutte contre les MTN

III. TROISIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL

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

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

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

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

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

Tableau 19 : mise à l'échelle des activités de CTP

TYPES DE DMM TRANSVERSALES	Canaux de prestations	Programmation des traitements	Combinaison des maladies	Besoins	Cibles (Districts) à lister	Autres interventions de lutte de masse
MDA1 IVM+ALB	Relais communautaires	Annuel	Filariose lymphatique + oncho + HTS	-Formation du personnel de santé -Formation des enseignants & des agents communautaires. -Mobilisation Sociale -Supervision	24 DS pour FL	
T1 PZQ+ALB (enfants d'âge scolaire et adultes dans les zones hyper endémiques)	Campagne scolaire	Annuel	SCH + HTS		31 DS pour SCH et 17 DS pour HTS	

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

3.1.2 Mise à l'échelle des activités de dépistage et de prise en charge des cas

Tableau 20 : mise à l'échelle des activités de dépistage et de en prise en charge des cas

DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES CAS	Canaux de prestations	Programmation des traitements	Combinaison des maladies	Besoins	Cibles (Districts) à lister	Autres interventions de lutte de masse
Pentamidine NECT	Agents des centres de traitement	Au cas par cas	THA	agents sante -Mobilisation Sociale -Supervision -Production d'outils -Logistique pour la distribution des médicaments et la prise en charge des effets secondaires	Boffa Dubreka Forecariah	Autres interventions de lutte de masse
				agents sante -Supervision	Toutes les	

Traitement specifique (combi PB et MB) Traitement essentiels (prednisolone, aspirine , paracetamol ec t……	Agents controleur s Lepre	Au cas par cas	Lepre	-Production d'outils -Logistique pour la distribution des médicaments et la prise en charge des effets secondaires	prefecture s y compris Conakry	
Traitement medical (Antimycobacte rien) , traitement chirurgical et kinesitherapie	Personnel de sante	Au cas par cas	UB	agents sante -Mobilisation Sociale -Supervision -Production d'outils -Logistique pour la distribution des médicaments, reactifs et consommables et la prise en charge des effets secondaires	22 Prefectur e	

3.1.3 Le contrôle de la transmission

(incluant la lutte anti vectorielle, le contrôle du réservoir aussi bien que l'amélioration de l'hygiène du milieu et l'approvisionnement en eau potable).

Pour la lutte anti vectoriel, le présent plan directeur va renforcer l'approche de la gestion intégrée des vecteurs, définie comme un processus décisionnel rationnel pour l'utilisation optimale des ressources, conformément au plan mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées. Cette approche inclut l'application de principes écologiques éprouvés pour réduire le potentiel vectoriel, et elle peut être utilisée simultanément contre une ou plusieurs maladies à transmission vectorielle. La gestion intégrée des vecteurs offre également d'immenses possibilités pour l'intégration de mesures de lutte entre les programmes.

Pour ce qui est de l'amélioration de l'hygiène du milieu et l'approvisionnement en eau potable, les interventions vont porter sur la relation entre l'usage de l'eau potable, l'assainissement et la situation sanitaire de la population. Cela prendra en compte la promotion des bonnes pratiques d'hygiène telles que le stockage en toute sécurité de l'eau de boisson à la maison et l'utilisation des installations sanitaires.

3.2 BUTS, OBJECTIFS, STRATÉGIES ET CIBLES DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LES MTN

Le but du programme est de réduire la morbidité, les invalidités et la mortalité dues aux MTN en vue de leur contrôle et/ou de leur élimination d'ici 2025.
Pour atteindre ce but, le tableau ci-après résume la cible nationale par maladie, les objectifs, les stratégies et les canaux de prestation.

Tableau 23 : 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 2023	Eliminer la FL dans le pays en tant que problème de santé publique .d'ici 2020.	Interrompre la transmission de la FL Prévenir et prendre en charge les complications de la FL	Distribution de masse de médicaments Lutte anti vectorielle Chirurgie Hygiène personnelle et les soins à domicile	Communauté Pulvérisation intra domiciliaire, moustiquaires Dans les services de santé Soins à domicile
Eliminer d'ici 2025 l'onchocercose par le TIDC et les autres interventions efficaces	Eliminer l'onchocercose en tant que maladie d'ici l'an 2025	Interrompre la transmission de la maladie	Distribution de masse de médicaments, et TIDC Surveillance épi et entomo et Cartographie zones hypo endémiques	Communauté Equipe épi et entomo
Eliminer le trachome cécitant d'ici l'an 2020	Eliminer le trachome cécitant par la stratégie CHANCE d'ici l'an 2020	Interrompre la transmission de la maladie Prendre en charge les complications	Distribution de masse de médicaments (A) Hygiène individuelle (N) Lutte anti vectorielle (CE) Chirurgie du TT (CH) par la stratégie CHANCE d'ici l'an 2020	Communauté Services de santé Opérateurs de TT, Education

BUT MONDIAL DU PROGRAMME MTN	CIBLE NATIONALE	OBJECTIFS	STRATEGIES	CANAUX DE PRESTATION
Traitement d'au moins 75% des SCH et HTS au niveau des enfants d'âge scolaire d'ici l'an 2020	Traitement d'au moins 75% des SCH et HTS au niveau des enfants d'âge scolaire d'ici l'an 2020	Atteindre des couvertures géographiques de 100% et thérapeutique de plus de 80% des districts endémiques	Distribution de masse de médicaments Education sanitaire	Communautés Agents de santé, maîtres d'école
Elimination de la lèpre comme problème de santé publique d'ici 2020	Eliminer la Lèpre comme problème de santé publique au niveau des aires de santé d'ici l'an 2020	Atteindre un seuil de moins de 1cas/10.000 au niveau de toutes les aires de santé d'ici 2020 Prendre en charge les complications	Sensibilisation des populations Prise en charge des cas Prise en charge des complications Réhabilitation sociale	Communautés Les agents des services de santé Média
Elimination de la THA comme problème de santé publique d'ici 2020 0 Transmission d'ici 2030	Eliminer la THA comme problème de santé publique d'ici 2020	-Interrompre la transmission Prendre en charge les cas	Dépistage actif et passif Prise en charge des cas, mise en place des traitements oraux Lutte anti-vectorielle	Communautés Agents de santé Equipes du programme
Contrôle de l'Ulcère de Buruli d'ici 2020	Eliminer l'UB comme problème de santé publique d'ici 2020	-Interrompre la transmission Prendre en charge les cas	Dépistage actif et passif Prise en charge des cas Prise en charge des complications Réhabilitation sociale	Communautés services de santé

3.3 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.

Tableau 24 : Activités et sous- activités :

Priorité Stratégique 1 : Mise à l'échelle de l'accès aux interventions de lutte et au renforcement des capacités du système	
Objectif Stratégique 1.1 : Intensifier les interventions de chimiothérapie préventive	
Activités	**Sous-activités**
1. Rendre disponible les Médicaments au niveau des structures de Mise en œuvre	Assurer la commande
	Réceptionner les médicaments
	Approvisionner les structures en médicaments
	Assurer la logistique inverse
2. Renforcer les capacités des acteurs de mise en œuvre	Former/Recycler 35 superviseurs nationaux à Kindia
	Former/Recycler 96 formateurs dans les chefs lieux des 08 régions en 02 jours
	Former/Recycler 824 superviseurs de proximité (chefs de centre de santé et suppléants) en 02 jours
	Former/Recycler 12450 distributeurs communautaires en 02 jours
	Former/Recycler 4658 leaders communautaires pendant 02 jours
	Concevoir un module intégré MTN
3. Assurer la distribution coordonnée des Médicaments	Organiser la cérémonie du lancement National des campagnes de DMM
	Organiser 35 cérémonies de lancement officiel des campagnes de DMM dans les districts sanitaires
	Distribuer les médicaments à la population cible
	Organiser des réunions transfrontalières afin de synchroniser les TDM
	Réaliser 35 missions de Supervision de la DMM par une personne pendant 14 jours par an pour le niveau central
	Réaliser 35 missions de Supervision de la DMM par deux personnes pendant 05 jours par an pour le niveau Régional
	Réaliser 35 missions de Supervision de la DMM par deux personnes pendant 07 jours par an pour le niveau préfectoral
	Réaliser 412 missions de Supervision de la DMM par deux personnes pendant 05 jours par an pour le niveau sous-préfectoral
4. Evaluer la campagne de distribution coordonnée	Faire le monitorage indépendant de la DMM dans 35 districts sanitaires une fois par an
	Réaliser une enquete de couverture post-campagne

	Organiser 35 réunions annuelles de synthèse préfectorale des données de la DMM
	Organiser 08 réunions annuelles de synthèse Régionale des données de la DMM
Objectif Stratégique 1.2 : Intensifier les interventions de prise en charge des cas et des complications	
1. Réaliser la cartographie de l'Ulcère de Buruli dans 10 districts sanitaires (Boké, Dubréka, Forécariah, Tougué, Mamou, Kindia, Kérouané, Kouroussa, Kissidougou, Dabola)	Former 11 enquêteurs (CCS, infirmiers spécialistes et agents communautaires) par district pendant 03 jours
	Réaliser le dépistage actif de l'ulcère de Buruli (UB) dans 10 DS pendant 08 jours dans chaque district
	Assurer le transport des échantillons collectés vers les laboratoires de Conakry, Abidjan et Anvers Mise en place
2. Renforcer les capacités des acteurs de mise en œuvre	Former/Recycler 820 agents en 30 sessions de 05 jours sur le diagnostic et la prise en charge des complications de la Lèpre et de l'UB
	Former/Recycler 30 agents de laboratoire sur le diagnostic de l'UB pendant 05 jours une fois par an
	Former 10 agents à l'utilisation et à l'analyse des données en EPI-INFO pendant 05 jours dans 08 Régions sur la Lèpre
	Former/Recycler 20 agents de santé par DS pendant 07 jours dans les 04 districts endémiques à la THA (Dubreka, Forécariah, Boffa et Boké)
	Former/Recycler 08 agents de santé par DS dans les 04 districts sous surveillance de la THA pendant 07 jours (Pita, Kankan, Guéckedou et N'Zérékoré)
	Former 48 médecins en quatre pools à la chirurgie de l'hydrocèle en 05 jours
3. Prendre en charge les cas et les complications/ handicap	Approvisionner les centres de référence des complications de Lèpre et de l'UB de Boké et Conakry en médicaments et materiels spécifiques
	Approvisionner les DS en médicaments spécifiques de la Lèpre et réactifs de Laboratoire
	Assurer la PEC alimentaire des malades Lèpreux et ulcéreux hospitalisés
	Approvisionner 40 centres de santé de 04 DS endémiques en réactifs pour le diagnostic de la THA
	Réaliser deux campagnes de dépistage actif dans les structures sanitaires des 04 districts endémiques
	Assurer le prelevement des suspects passivement detectés dans les districts endémiques et sous surveillance de la THA pour la confirmation

	Assurer le traitement des cas deTHA dans les trois centres spécialisés de PEC (Dubreka,Boffa,Boké et Forécariah)
	Approvisionner les centres de traitement spécifique THA, Lèpre et UB en médicaments essentiels pour le traitement des affections concomittentes
	Assurer le dépistage annuel des cas d'hydrocèle, de lymphoedèmes, de trichiasis lors des DMM
	Approvisionner les 05 centres spécialisés en kit de PEC des cas d'hydrocèle dans les 05 hopitaux régionaux(Faranah, Kankan, N'Zérékoré, Boké et Labé)
	Assurer annuellement la PEC chirurgicale d'au moins 500 cas d'hydrocèle dans les 05 hopitaux régionaux(Faranah, Kankan, N'Zérékoré, Boké et Labé)
	Assurer le dépistage annuel des cas de trichiasis trachomateux dans les 18 districts endémiques
	Approvisionner les équipes mobiles , les centres spécialisés en kit de PEC des cas de TT
	Opérer annuellement au moins1000 cas de TT en stratégie mobile et dans les centres spécialisés du pays
4. Elargir les activités du laboratoire de biologie moléculaire (INSP / THA) aux autres MTN	Evaluation des besoins
	Transfert des protocoles utiles
	Approvisionnement en réactifs
	Formations des personnels des programmes
Objectif Stratégique 1.3 : Assurer la Réhabilitation et la réinsertion socio-économique des personnes vivant avec un handicap par MTN	
1. Développer les activités génératrices de revenus pour les handicapés de la lèpre, d'onchocercose, de trachome et de filariose lymphatique	Récenser les personnes vivant avec un handicap du aux MTN
	Identifier les besoins d'assistance aux handicapés
	Offrir une assistance financière aux personnes handicapés pour leur permettre de developper une activité génératrice de revenu (agricole, elevage,petit commerce, etc)
	Sensibiliser la population sur l'acceptation des handicapés au sein de la communauté en vue d'éviter la stigmatisation
	Renforcer les liens avec les partenaires impliqués dans l'insertion des personnes handicapées
2. Renforcer les centres Régionaux de référence pour la prévention et la réadaptation physique	Approvisionner en consommables et en matériel bureautique les centres de référence de Macenta, Kankan,Pita et Kindia
	Approvisionner en intrants les plateaux techniques pour la PEC chirurgicale

des cas de Lèpre, THA et UB.	
Objectif Stratégique 1.4. Mettre à l'échelle des interventions de prévention de la transmission des MTN	
1. Assurer la lutte anti vectorielle contre les mouches tsé-tsé	Sensibiliser la population sur l'utilité des écrans, la pose et leur entretien.
	Identifier les espèces et la zone de partage homme-vecteur THA dans les communautés des 04 districts endémiques
	Poser au moins 4000 écrans impregnés d'insecticide par an dans chacun des 04 districts endémiques à la THA
2. Assurer la lutte anti vectorielle contre les moustiques	Sensibiliser les populations sur l'utlisation des MILDA
	Contribuer à l'assainissement et à l'hygiène du milieu pour lutter contre les gites larvaires de moustiques
	Mettre en place un comité d'experts entomologistes et assurer la formation de la nouvelle génération d'entomologistes
3. Assurer la lutte anti vectorielle contre les mollusques ;	Réaliser une étude malacologique dans les DS à prévalence égale ou supérieure à 50 % (Lélouma, Nzérékoré, Lola, Yomou, Macenta, gueckédou, Dinguiraye, Siguiri et Kindia
	Organiser des séances de curage des gites à mollusques dans les milieux identifiés
	Sensibiliser les populations sur l'utilisation des latrines et la lutte contre le péril fécal
Priorité Stratégique 2 : Renforcement de la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la pérennité financière des programmes nationaux de lutte contre les MTN	
Objectif stratégique 2.1 : Décliner le plan directeur en des plans opérationnels annuels à tous les niveaux avec des objectifs SMART	
1. Adopter, Valider et diffuser le plan directeur de lutte contre les MTN	Organiser un atelier d'adoption du plan directeur de 35 participants de 2 jours à Mamou
	Reproduire le plan adopté en 25 exemplaires pour la soumission au Conseil de Cabinet du Ministre afin de validation
	Reproduire le plan validé en 300 exemplaires pour la diffusion au grand public
	Reproduire le resumé du plan en 1500 exemplaires (sous forme de dépliants) pour la diffusion au grand public
	Organiser une journée de présentation et diffusion du plan directeur aux parties prenantes à l'hôtel Sheraton de Kipé
2. Elaborer les plans opérationnels annuels à tous les niveaux	Organiser 8 missions d'appui à l'élaboration des plans opérationnels des Régions sanitaires de 2 jours par 1 personne.
	Organiser 35 missions de 3 jours d'appui à l'élaboration des plans opérationnels des Districts sanitaires
Objectif stratégique 2.2 : Renforcer les capacités de planification opérationnelle à tous les niveaux (communauté, centre de santé, préfectoral, régional et central) dans la lutte contre les MTN	

1. Elaborer un guide de micro planification opérationnelle intégrée sur les MTN	Recruter un consultant national pour une période de 2 semaines afin d'appuyer l'élaboration du guide intégré de microplanification des activités de lutte contre les MTN
	Organiser un atelier d'élaboration d'un guide intégré de micro planification des activités de lutte contre les MTN pendant 3 jours pour 20 participants à Kindia
2. Former les équipes des districts sanitaires en micro planification opérationnelle intégrée sur les MTN	Organiser 34 ateliers de formation en microplanification des activités de lutte contre les MTN dans 34 Districts) pendant 2 jours pour 5 participants par District
	Organiser 34 missions d'appui à l'élaboration des plans opérationnels des Districts sanitaires de 4 jours par 1 personne. A REVOIR avec le 2eme point de l'objectif stratégique 2.1
Objectif stratégique 2.3 : Renforcer le mécanisme de Mobilisation des ressources et la pérennité financière	
1. Inventorier les sources potentielles de financement dans le cadre de la lutte contre les MTN: Etat et les groupes organisés (les entreprises, les sociétés, et toutes autres sources possibles de financement)	Obtenir auprès des Ministères de l'Administration du Territoire, de la Coopération, de l'Industrie, de l'Agence des Investissements Privés et Publics, la liste des partenaires, entreprises, sociétés évoluant en Guinée
	Obtenir auprès de la DNPSC, le document de cartographie des intervenants en santé communautaire
2. Elaborer un plan de plaidoyer pour la lutte contre les MTN	Organiser un atelier d'élaboration d'un plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre les MTN pendant 3 jours pour 15 participants à Coyah
	Faire adopter et valider le plan de plaidoyer
3. Mobiliser les ressources en faveur de la lutte contre les MTN	Organiser un forum national des partenaires à Conakry sur les MTN
	Organiser une réunion annuelle de plaidoyer pour le financement du plan opérationnel au niveau des préfectures et des Régions
Elaborer d'un plan de transition schisto ;géohelminthiase	Organiser un atelier d'élaboration d'un plan de transition schisto, géohelminthiase
Priorité Stratégique 3 : Renforcement de l'appropriation par le gouvernement, de la sensibilisation, de la coordination et des partenariats	
Objectif Stratégique 3.1 : Intensifier le plaidoyer pour la mise à disposition effective des ressources (financières, matérielles et humaines) par l'Etat pour la lutte contre les MTN	
1. Elaborer le document portant création, organisation et fonctionnement de la Coordination MTN	Définir le cadre organique de la coordination MTN (description de poste et profil du chef de poste)
	Elaboration de la note technique pour la requête portant création de la coordination MTN
	Doter la coordination MTN d'une infrastructure adéquate pour abriter les bureaux ;

2. Améliorer les conditions de travail de la coordination MTN	Doter la coordination MTN en personnels : 1 coordonnateur, 1 coordonnateur adjoint, 1 chef d'unité Suivi-Evaluation, 2 Data managers, 1 chef de service administratif et Financier, 1 comptable, 2 assistants secrétaires, 3 chauffeurs
	Doter la coordination en 5 véhicules 4x4 tout terrain de marque Toyota
	Doter la coordination MTN en matériel de bureau et informatique : 5 bureaux professionnels, 10 ordinateurs portables, 3 imprimantes/photocopieurs/scannerds, 3 retroprojecteurs, 10 mégaphones
	Doter la coordination MTN en outil de communication Internet
3. Amener le Cabinet du Ministère de la santé à classer la lutte contre les MTN parmi ses priorités budgétaires	Assurer un plaidoyer intense auprès de la DAF et du Bureau Stratégique et Développement (BSD) pour l'inscription dans le budget du Ministère de la santé de la ligne budgétaire lutte contre les MTN
	Assurer le suivi des dossiers de financement auprès de la DAF, du BSD et du Ministère des Finances et du Budget
4. Amener le Ministère des Finances à mettre à disposition les fonds inscrits sur la ligne budgétaire MTN	Faire un plaidoyer assidu auprès du Ministère des finances et du Budget pour le transfert des fonds inscrits annuellement dans le compte du Programme MTN
	Assurer un suivi intense et régulier des dossiers de financement pour le transfert des fonds dans le compte du Programme MTN
Objectif Stratégique 3.2 : Renforcer le partenariat public-privé pour le soutien à la lutte contre les MTN à tous les niveaux	
1. Renforcer le mécanisme de gouvernance des ressources mobilisées et du respect des clauses	Respecter les procédures administratives et financières dans l'exécution du budget
	Mettre en place une Taskforce sur les MTN
	Organiser 02 réunions de la Taskforce par an
	Effectuer l'audit du compte du Programme MTN une fois par an
	Conduire une session annuelle de feedback auprès des entreprises privées qui financent les activités MTN
Objectif Stratégique 3.3 : Renforcer le mécanisme de coordination de la lutte contre les MTN aux différents niveaux de la pyramide sanitaire selon le contexte Régional de l'OMS	
1. Renforcer les capacités de l'équipe cadre de la coordination du Programme MTN en gestion des programmes	Organiser des voyages d'étude sur la surveillance de la maladie post traitement et la constitution du dossier d'élimination au Niger et au Togo
	Former 5 membres du programme en gestion logistique et financière pendant 05 jours
	Former 10 membres du programme en management de programme pendant 05 jours
2. Mettre en place un Comité Consultatif d'Experts sur les MTN	Elaborer les termes de référence du comité
	Identifier les personnes ressources
	Formaliser le comité par un acte juridique
	Organiser une réunion annuelle du comité consultatif

3. Améliorer la collaboration Régionale et Internationale en faveur de lutte contre les MTN)	Organiser 2 réunions transfrontalières entre la Guinée et ses pays voisins dans un des districts frontaliers
	Faire participer 5 personnes du Programme MTN/Guinée à 3 réunions transfrontalières organisées dans les pays voisins durant les 5ans.
	Faire participer 1 personne du Programme MTN/Guinée par réunion annuelle statutaire internationale sur La Lèpre, la THA, la Filariose lymphatique, le Trachome organisées dans les pays voisins durant les 5ans.
Objectif Stratégique 3.4 : Renforcer les actions de communication pour une meilleure visibilité du programme MTN.	
Améliorer la visibilité du programme MTN.	Elaborer les termes de référence d'un Consultant spécialiste en communication pour l'élaboration d'un plan de communication
	Réaliser des enquêtes CAP auprès des publics cibles pour identifier les problèmes à résoudre par la communication
	Organiser un atelier d'élaboration du plan de communication en 5 jours pour 25 participants à Kindia
	Valider et diffuser le plan National de communication de lutte contre les MTN
	Organiser annuellement une journée nationale de lutte contre les MTN
	Créer une page facebook pour le programme MTN
Intégrer les activités de lutte contre les MTN dans les autres secteurs connexes (enseignement, agriculture, environnement…) Déplacer et envoyer dans la mise à l' échelle	Elaborer le module de formation à l'intention des élèves et enseignants du primaire
	Intégrer dans les curricula de formation des élèves et des enseignants de l'école primaire, l'enseignement sur les mesures de prévention du Trachome, des Schistosmiases, des géo helminthiases, de la Lèpre
	Elaborer un document d'IEC à l'intention des services de l'Agriculture et de l'Elevage dans le cadre de la prévention individuelle et collective du Trachome, des Schistosomiases/Géo helminthiases et de la THA
	Impliquer les agents des services d'Agriculture et d'Elevage dans la sensibilisation sur l'hygiène et l'assainissement du milieu
	Collaborer avec les services de l'UNICEF en charge du WASH pour la construction et l'utilisation des latrines
Priorité Stratégique 4 : Renforcement du suivi et de l'évaluation des MTN, de la surveillance et de la recherche opérationnelle.	
Objectif Stratégique 4.1 : Renforcer le mécanisme de suivi-évaluation des activités et de surveillance dans le cadre de la lutte contre les MTN	
1. Elaborer le plan de suivi-Evaluation de la lutte contre les MTN	Organiser un atelier d'élaboration du plan de sui-évaluation en 5 jours pour 20 participants à Kindia
	Valider et diffuser le plan de suivi-Evaluation la lutte contre les MTN

2. Améliorer les performances du personnel au niveau national et périphérique sur le suivi-évaluation des activités et de surveillance	Organiser 1 atelier de révision des outils de collecte et d'analyse des données de 2 jours pour 25 participants à Mamou
	Former 412 CCS, 46 MCM et 48 chargés de statistiques à l'utilisation des outils de collecte des données en 38 sessions de 5 jours
3.Réaliser les activités d'évaluation entomo-épidémiologique des MTN dans les DS endémiques	Rédiger le protocole de l'enquête en fonction du standard de l'OMS
	Former annuellement 24 techniciens pendant 07 jours à la méthode OV15
	Organiser une évaluation épidémiologique annuelle de 75 villages sentinelles pendant 23 jours
	Former/Recycler annuellement 24 techniciens entomologistes pendant 10jours
	Procéder annuellement à des études entomologiques d'impact au niveau de 12 points de surveillance
	Identifier les sites sentinelles schisto/ géo-helminthiases dans les 31 districts endémiques
	Procéder à une enquête d'évaluation après deux ans de traitement au Praziquantel
	Former/Recycler annuellement 12 enquêteurs pendant 05 jours pour la mise en œuvre de l'enquête d'impact
	Procéder à une enquête d'impact dans 14 DS (Kérouané, Mamou, Pita, Mali, Boké, Boffa, Forécariah, Télimélé, Faranah, Kissidougou, Kouroussa, Dabola, Fria et Dinguiraye) pour 20 villages par DS et 02 jours par village
	Former/Recycler les agents de santé des 04 sites de surveillance de la THA (Pita, Kankan, Gueckedou et N'Zérékoré) pendant 03 jours par site
	Organiser deux fois par an la supervision des équipes chargé de la surveillance de la THA es pendant 02 jours par site de surveillance
	Former/Récycler 20 agents de santé par DS endémiques pendant 05 jours dans les 04 DS endémiques sur le dépistage passif de la THA
	Organiser une campagne de dépistage actif de la THA de 15 jours par an dans 04 DS endémiques
	Former 40 agents de santé des 04 DS endémiques pour la réalisation des enquêtes entomologiques pendant 03 jours
	Organiser annuellement 03 enquêtes entomologiques de 15 jours par DS endémique à la THA
	Former/Recycler 08 techniciens de laboratoire pendant 03 jours à Koundara pour l'enquête de microfilarémie
	Faire le Pré-TAS dans 03 DS endémiques à la LF (Dabola, Dinguiraye et Koundara) en 2018

	Réaliser les enquêtes Pré-TAS dans 06 DS endémiques à la LF (Dabola, Pita, Kouroussa, Mandiana, Boké et Gaoual) en 2019
	Réaliser les enquêtes Pré-TAS dans 15 DS endémiques à la LF (Mamou, Faranah, Kissidougou, Mali, Kankan, Tougué,Kérouané, Kindia, Siguiri, Lelouma, Beyla, Guéckedou, Mali, Forécariah et Télimélé) en 2020
	Réaliser les enquêtes TAS dans 03 DS endémiques à la LF (Dabola, Dinguiraye et Koundara) en 2019
	Réaliser les enquêtes TAS dans 09 DS endémiques à la LF (Dalaba, Pita, Kouroussa, Mandiana, Boké, Gaoual, Mamou, Faranah,Kissidougou, Mali, Kankan,Tougué) en 2020
	Réaliser les enquêtes TAS dans 12 DS endémiques à la LF pour 03 jours par DS () en 2021
	Former/Recycler 80 agents de santé par DS endémiques pendant 05 jours dans les 04 DS endémiques sur le dépistage passif de la THA
	Former/Recycler 23 agents de santé sur l'utilisation des supports de données pour l'UB pendant 03 jours une fois par an à N'Zérékoré
4. Assurer le suivi de la mise en œuvre des interventions de lutte contre les MTN	Réaliser 4 missions de supervision par an du niveau central par une équipe de 04 personnes pendant 02 semaines au niveau des sites d'évaluation entomo-épidémiologique
	Réaliser annuellement 14 missions de supervision du niveau central de 3 personnes pendant 45 jours pour les MTN à PCC
	Réaliser annuellement 16 missions de supervision du niveau régional d'une personne pendant 15 jours pour les MTN à PCC
	Réaliser 38 missions de supervision du niveau préfectoral de 02 personnes 4 fois par an pendant 15 jours pour les MTN à PCC
5. Réaliser l'évaluation de la mise en œuvre du plan directeur de lutte contre les MTN	Faire une évaluation à mi-parcours du plan stratégique MTN en 2020
	Faire une évaluation du plan stratégique MTN en 2022
Objectif Stratégique 4.2 : Renforcer la recherche opérationnelle sur les MTN	
1.Créer une unité intégrée de recherche opérationnelle au sein du programme MTN	Elaborer le document portant création d'une unité de recherche au sein du programme MTN
	Doter l'unité d'un épidémiologiste (chef d'unité), d'un biostatisticien, d'un socio-anthropologue, d'un entomologiste et d'un assistant
2. Organiser des recherches opérationnelles	Former 10 personnes du programme MTN à la recherche opérationnelle pendant 14 jours à Kindia
	Identifier les problèmes de recherche et élaborer des protocoles
	Développer au moins 13 recherches opérationnelles pendant les 5 ans
	Diffuser les résultats des recherches opérationnelles
	Former 3 doctorants sur les MTN

4. Renforcer la collaboration inter-sectorielle dans le domaine de la recherche	Identifier les institutions nationales et internationales de recherche
	Mettre en place un cadre de collaboration avec les institutions identifiées
Objectif Stratégique 4.3 : Renforcer les mesures de pharmacovigilance en rapport avec les médicaments et réactifs utilisés dans la lutte contre les MTN	
1. Renforcer les capacités des acteurs à la surveillance et à la prise en charge des effets secondaires	Activité déjà prise en compte par la rubrique renforcement de capacité(PS1)
2. Assurer la prise en charge des effets secondaires	Communiquer sur les effets secondaires potentiels après prise de médicaments
	Doter les centres de santé en médicaments essentiels pour la prise en charge des effets secondaires
3. Lutter contre les fraudes	Assurer un suivi assidu de la logistique des médicaments : Réception, stockage, transport et distribution
	Auditer le circuit d'approvisionnement en médicaments à tous les niveaux une fois par an
4. Assurer la qualité de conservation et d'utilisation des réactifs	Doter le programme en équipements de chaine de froid
	Former le personnel à l'utilisation des réactifs

3.4 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 et entomologique sera mise en place et consistera à identifier des sites sentinelles et les points de capture, 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.
Elle se fera en collaboration avec les acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN.
L'évaluation se fera à mi-parcours et à la fin du programme en vue d'analyser le niveau d'atteinte des objectifs du plan de lutte intégrée contre les MTN.
Une évaluation interne sera effectuée à la fin de chaque année (revue annuelle).
Collecte de données de base :
Une collecte des données de base se fera au début, avant et après chaque intervention.
Suivi de la mise en œuvre du plan
Les indicateurs de processus et de résultats concerneront chacune des maladies tropicales négligées.
Il s'agira des études qui permettront de suivre l'évolution épidémiologique de la FL, de l'onchocercose, du trachome, de la schistosomiase et des géo helminthiases, de la lèpre, de la THA et de l'Ulcère de Buruli.

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

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

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

Programme d'élimination de la FL :
Au cours de ces études, la microfilarémie sera évaluée chez 500 personnes incluses dans la cohorte de chaque site.
Après chaque tour de traitement de masse pour FL, en plus des sites sentinelles, on choisira au hasard deux « sites de contrôle » pour la même population d'un million d'habitants afin d'y évaluer les couvertures thérapeutiques de Albendazole-Ivermectine, pourcentage (%) des réactions. Les sites de contrôle changeront chaque année.

Programme d'élimination de l'onchocercose et du trachome
Onchocercose : une couverture géographique de 100% et une couverture thérapeutique d'au moins 80% doivent être atteintes au niveau des zones endémiques. Ces couvertures, en plus du nombre d'agents de santé et d'agents communautaires formés, constituent les principaux indicateurs de processus. Les indicateurs de

résultat sont la prévalence et la charge microfilarienne dont le suivi par village sentinelle indique la tendance épidémiologique de l'onchocercose.
Trachome : une couverture géographique de100% et une couverture thérapeutique d'au moins 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.

Programme d'élimination de la THA

L'objectif majeur est d'atteindre l'élimination de la THA à la fin de l'année 2020 (moins d'un cas pour 10 000 habitants vivant dans les zones à risque), comme fixé par l'OMS. Ce plan stratégique est focalisé sur les trois foyers de transmission active (Forécariah, Dubréka, Boffa). Dans les foyers historiques un système de surveillance est déjà mis en place avec la collaboration de l'OMS.
Un autre objectif d'importance est d'aboutir à l'intégration progressive des activités de dépistage actif et passif au niveau des Directions Préfectorales de la Santé et de transférer la responsabilité du déploiement des écrans imprégnés aux communautés villageoises afin d'assurer une élimination durable et préparer le terrain de la prochaine phase qui est l'éradication de la THA en 2030.

Programme de contrôle de l'ulcère de Buruli

Le taux de détection des zones couvertes par les centres d'excellence sera déterminé avant et après les interventions par une enquête par dépistage actif. Tous les malades bénéficieront d'un prélèvement à l'aiguille fine et / ou par l'écouvillonnage et / ou le tissu biopsié. La technique de PCR sera le test de confirmation biologique de référence même si des tests de coloration au Zielh Neelsen se fera systématiquement pour tous les échantillons et quelques fois la culture. Les échantillons seront expédiés à l'Institut Pasteur de Cote d'Ivoire et le laboratoire de Mycobactériologie de L'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers en Belgique.
Un taux de confirmation biologique supérieur ou égal à 50 % des cas cliniques sera l'indice d'une bonne performance du diagnostic clinique et la bonne reconnaissance des formes cliniques. Le pourcentage de lésions précoces (pré ulcéreuses) et des catégories I, II et III de la classification thérapeutique seront mesurés trimestriellement pour apprécier les efforts du programme dans le contrôle de la maladie.
Le taux de guérison avec séquelles invalidantes sera mesuré annuellement pour apprécier le fardeau de l'ulcère de Buruli dans les communautés.

Programme d'élimination de la lèpre

Dans le cadre de lutte contre la lèpre quatre stratégies sont retenues pour atteindre les objectifs d'élimination (moins d'un cas pour 10 000 habitants) au niveau de chaque sous-préfecture :
La prise en charge correcte des cas dans les formations sanitaires comportant un diagnostic précoce et le traitement adéquat des malades par la PCT(Poly chimiothérapie) selon le protocole de l'OMS ;
La prévention et la prise en charge des invalidités comportant le dépistage précoce et le traitement correct des réactions lépreuses et autres complications ;
La réadaptation physique et la réhabilitation socio-économique et professionnelle des malades handicapés ;
L'Implication des communautés, des ONG, du secteur privé et le renforcement du partenariat dans la lutte contre la lèpre ;

Le développement des stratégies de soutien : la surveillance épidémiologique, le suivi-évaluation, la communication pour le changement de comportement, le renforcement des capacités institutionnelles et de gestion du programme, la recherche opérationnelle.
L'évolution du programme sera mesurée par le niveau des indicateurs suivants :

- Le taux de détection pour 100 000 habitants ;
- La proportion des infirmités parmi les nouveaux cas ;
- La proportion des multi bacillaires parmi les nouveaux cas ;
- Le taux de prévalence pour 10 000 habitants.

Tableau 25 : Objectifs et indicateurs de performance du programme

MTN	Objectifs	Indicateurs	niveau de base	Cible	Etapes				
					2019	2020	2021	2022	2023
Filariose L.	Couvrir tous les Districts sanitaires endémiques	Couverture géographique	100%	100%	100%	100%			
	Prendre en charge 65% de la population des zones endémiques	Couverture thérapeutique	>65%	65%	>65%	>65%			
	Prendre en charge les morbidités liées à la FL (Hydrocèles et Eléphantiasis)	Proportion chirurgie d'Hydrocèle	14%	100%	30%	50%	65%	80%	100%
		Proportion de cas d'éléphantiasis pris en charge	14%	100%	30%	50%	65%	80%	100%
Onchocercose	Couvrir tous les Districts sanitaires endémiques	Couverture géographique	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Prendre en charge 85% de la population des zones endémiques	Couverture thérapeutique	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Trachome	Interruption de la transmission	Couverture géographique	100%	100%	100%				
		Couverture thérapeutique	85%	85%	85%				
	Prise en charge des complications	Proportion de chirurgie de TT	30%	100%	50%	65%	80%	100%	
SCH-HTS	Atteindre des couvertures	Couverture géographique	84%	100%	100%	100%	100%	100%	

	géographiques de 100%								
	Atteindre une couverture thérapeutique de 75% des districts endémiques	Couverture thérapeutique	>75%	75%	>75%	>75%	>75%	>75%	
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%

3.5 LE FINANCEMENT DU PROGRAMME

Le financement du Plan Directeur de Lutte contre les MTN 2018-2022 se fera sur la base des contributions de l'Etat et les apports des partenaires techniques et financiers (institutions des nations unies, Agences de coopération bi et multilatérales, sociétés minières, ONG nationales et internationales, organisations communautaires, etc.)

La part de l'Etat représentera 10 % et celles des partenaires au développement venant en appui 90 %.

Récapitulatif du budget par Priorités Stratégiques

No	Priorité stratégiques	Montants		%
		GNF	USD	
PS1	Mettre à l'échelle l'accès aux interventions, au traitement et aux capacités de prestation de services des programmes MTN	307 454 214 715	34 161 579	84,74%
PS2	Renforcer la planification pour la mobilisation des ressources, la viabilité financière des programmes et les résultats	9 459 156 188	1 051 017	2,61%
PS3	Renforcer le plaidoyer, la coordination et les partenariats, l'appropriation des programmes MTN par le gouvernement et les communautés	4 000 640 020	444 516	1,10%
PS4	Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle des programmes MTN	41 899 879 249	4 655 542	11,55%
	Total budget	**362 813 890 172**	**40 312 654**	

Voir le détail en annexes

IV. QUATRIEME PARTIE : ANNEXES

4.1 ANNEXE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL

Le Plan stratégique sera mis en œuvre à travers des plans d'action annuels aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
Il sera créé un comité national et un comité de pilotage. Ces instances travailleront en collaboration avec les coordonnateurs des programmes existants.

4.1.1 Le comité national :

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

Composition :
Président : Ministre de la Santé
Vice-président : DNGELM
Rapporteurs : Coordonnateurs des Programmes
Membres :

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

Mission :

- Développer le partenariat avec les Communautés, les partenaires institutionnels et opérationnels et les bailleurs de fonds
- Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources
- Evaluer l'état d'avancement des activités en collaboration avec tous les acteurs,

Fonctionnement
Le comité national se réunit une fois par an en session ordinaire sous la présidence du Ministre en Charge de la Santé.
Les mécanismes du comité s'exercent à travers des instances nationales, régionales et préfectorales.
Les mécanismes de mise en œuvre des interventions de lutte contre les MTN seront intégrés au niveau déconcentré à la mise en œuvre des plans régionaux de développement sanitaire (PRDS) et la coordination sera assurée à travers les instances de concertation (CTRS et CTPS)

4.1.2 le comité 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 : DNELM ;
Vice-président : DPLM ;
Rapporteurs : Coordonnateurs des programmes MTN ;
Membres :

- Coordination des programmes (PNLOC/MTN, PNLL, PNLTHA, PNLUB) ;
- Un représentant du ministère de la décentralisation ;
- Un représentant de la Santé scolaire et universitaire ;
- Un représentant par partenaire impliqué dans la lutte contre les MTN.

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

- Faire le plaidoyer auprès des donateurs, des décideurs et des communautés ;
- Orienter et suivre la mise en œuvre des programmes en tenant compte des initiatives mondiales et régionales en matière de lutte contre les maladies tropicales négligées ;
- Partager l'information à tous les niveaux.

Fonctionnement
Le comité de pilotage se réunit une fois par trimestre en session ordinaire, sous l'autorité de la Direction Nationale de l'Epidémiologie et de la Lutte contre le Maladie (DNELM).

4.2 ANNEXE 2 : LISTE DES SOUS-PRÉFECTURES HYPER-ENDÉMIQUE DE LA LÈPRE

au 31 décembre 2016 (prévalence égale ou supérieure à 1 cas pour 10 000 habitants)

Préfectures	N°	Sous-préfecture	Population 2016	Prévalence pour 10 000 habitants
BOFFA (5)	1	Colia	37772	1.5
	2	Doupro	22624	1.9
	3	Lisso	12420	1
	4	Mankountan	18124	2
	5	Tougnifili	35822	1
BOKE (5)	1	Bintimodiya	27352	1.4
	2	Dabiss	31660	1.5
	3	Kamsar	120114	1.02
	4	Sansale	12584	2.1
	5	Tanene	35987	1.8
FRIA (2)	1	Baguinet	13970	1.6
	2	Tormelin	12696	1
GAOUAL (4)	1	Foulamory	11121	2.7
	2	Koumbia	50788	2.3
	3	Kounsitel	20170	3
	4	Malanta	15507	1.9
KOUNDARA (4)	1	Guingan	15528	1.4
	2	Kamaby	17522	2
	3	Sambailo	16965	3
	4	Youkounkoun	8489	1.5
DABOLA (4)	1	Arfamoussaya	17735	1
	2	Banko	25355	1.6
	3	Bissikrima	30754	2.5
	4	Konindou	10753	1.4
DINGUIRAYE (4)	1	Banora	35926	1.6
	2	Dialakoro	15807	1.8
	3	Diatifere	35751	1.9
	4	Dinguiraye-centre	50069	2.1
FARANAH (7)	1	Banian	38045	3.5
	2	Beindou	17271	1.9
	3	Faranah-centre	80919	3.2
	4	Gnaleah	15206	1.6
	5	Heremakonon	13582	1.8
	6	Kobikoro	14445	3.2
	7	Maréla	33903	2.6
KISSIDOUGOU(5)	1	Albadariah	17393	1.1
	2	Banama	9119	1.8
	3	Bardou	10020	1.7
	4	Beindou	15212	2.5
	5	Fermesadou	20163	3.5
KANKAN(7)	1	Balandougou	28009	2.6

	2	Bate-nafadji	50946	1.8
	3	Boula	16674	1.2
	4	Koumban	22458	1.9
	5	Moribayah	15272	2.3
	6	Tinti-Oulen	22823	1.1
	7	Tokounou	34871	1.7
KEROUANE(5)	1	Banankoro	69196	2.7
	2	Damaro	28464	1.8
	3	Kounsankoro	7183	1.3
	4	Linko	12035	2.5
	5	Sibiribaro	17579	1.9
KOUROUSSA(3)	1	Babila	17414	2.9
	2	Balato	18084	3.01
	3	Banfele	27176	1.7
MANDIANA(7)	1	Balandougouba	30944	1.6
	2	Kinieran	40858	1.4
	3	Kondianakoro	33983	2.8
	4	Koundian	34900	2.3
	5	Morodou	30669	1.5
	6	Niantania	15611	1.9
	7	Saladou	19682	1
SIGUIRI(6)	1	Bankon	21211	2.5
	2	Doko	90276	3.6
	3	Franwalia	33996	3.3
	4	Kiniebakoura	33288	1.8
	5	Kintinian	144941	2.4
	6	Malea	31901	1.6
COYAH(4	1	Coyah centre	59423	1.7
	2	Kouriya	11998	2.5
	3	Maneah	200604	2.8
	4	Wonkifong	43766	1.9
DUBREKA(5)	1	Badi	13241	1.1
	2	Dubreka-centre	211756	1.9
	3	Falessade	13691	1.1
	4	Khorira	31707	2.5
	5	Ouassou	19452	1.7
FORECARIAH(6)	1	Alassoya	15741	1.9
	2	Benty	25637	2.5
	3	Farmoriah	35119	2.9
	4	Forecareah Centre	21526	1.2
	5	Kaback	21343	1.5
	6	Kakossa	9975	2.0
KINDIA(7)	1	Bangouyah	55245	1.7
	2	Damankanyah	26607	1.6
	3	Friguiagbe	35480	1.1
	4	Kindia centre	177914	3.9
	5	Kolente	32686	2.1

	6	Madina Oula	24333	2.7
	7	Mambiya	27663	1.3
TELIMELE(10)	1	Bourouwal	26892	2
	2	Daramagnaky	35167	2.7
	3	Gougoudje	11419	1.2
	4	Koba	9989	1.9
	5	Kollet	22427	2.4
	6	Konsotamy	13736	1.1
	7	Missira	46228	1.9
	8	Santou	14639	1.4
	9	Sarekaly	15729	2.3
	10	Sinta	21816	1.2
KOUBIA(2)	1	Fafaya	21504	2.9
	2	Gadha Woundou	7413	3.9
LABE (5)	1	Dalein	19215	1.2
	2	Daralabe	9846	2.1
	3	Diari	15200	1.5
	4	Dionfo	13587	1.8
	5	Garambe	10205	1.3
LELOUMA (3)	1	Balaya	11708	3.4
	2	Djountou	20555	1.6
	3	Herico	20743	1.1
MALI (2)	1	Balaki	12677	2.3
	2	Donghol Sigon	27658	1.8
TOUGUE (2)	1	Fatako	10263	1.2
	2	Fello Koundoua	8357	2.6
DALABA (4)	1	Bodié	9152	1.3
	2	Ditinn	13340	2.4
	3	Kaalan	7169	1.9
	4	Kankalabe	16283	1.1
MAMOU (7)	1	Bouliwel	21289	2.5
	2	Dounet	31131	3.1
	3	Gongoret	8900	2.00
	4	Oure Kaba	32346	4.6
	5	Saramoussaya	23670	2.7
	6	Soyah	23227	3.4
	7	Teguereya	9480	1.9
PITA (4)	1	Bantignel	15478	1.2
	2	Bourouwal Tappe	10744	1.3
	3	Dongol Touma	25998	2.5
	4	Sangareah	40995	3.5
BEYLA (6)	1	Boola	23799	1.9
	2	Diarraguerela	11972	1.5
	3	Diassadou	17865	2.3
	4	Fouala	17545	1.6
	5	Gbackédou	23727	1.7
	6	Gbéssoba	37344	2.1

GUECKEDOU (4)	1	Fangamadou	25255	1.3
	2	Kassadou	20490	3.1
	3	Koundou	29151	2.3
	4	Nongoa	15421	4.6
LOLA (3)	1	Foumbadou	19820	2.3
	2	Gama Berema	17087	1.2
	3	Guéassou	21653	1.8
MACENTA (7)	1	Binikala	18046	3.7
	2	Bofossou	14083	1.9
	3	Daro	14840	1.1
	4	Fassankoni	14174	3.4
	5	kouankan	30839	2.1
	6	Koyama	25520	3.7
	7	Macenta centre	67081	2.8
NZEREKORE (3)	1	Gouécké	20126	1.3
	2	Kobéla	15963	1.5
	3	Koropara	19994	1.3
YOMOU (4)	1	Bheta	11255	1.1
	2	Bignamou	15853	2.9
	3	Bowé	15250	1.3
	4	Diécké	33926	1.0

4.3 ANNEXE 3 : NOMBRE DE SOUS-DISTRICTS SANITAIRES HYPER-ENDÉMIQUES À LÈPRE PAR DS :

N°	Préfectures	Prévalence au 31 décembre 2016	Nombre de sous-préfectures hyper-endémiques
1	BOFFA	0,18	5
2	BOKE	0,13	5
3	FRIA	0,72	2
4	GAOUAL	0,47	4
5	KOUNDARA	0,57	4
6	DABOLA	0,10	4
7	DINGUIRAYE	0,19	4
8	FARANAH	0,21	7
9	KISSIDOUGOU	0,22	5
10	KANKAN	0,17	7
11	KEROUANE	0,28	5
12	KOUROUSSA	0,14	3
13	MANDIANA	0,72	7
14	SIGUIRI	0,13	6
15	COYAH	0,31	4
16	DUBREKA	0,64	5
17	FORECARIAH	0,09	6
18	KINDIA	0,55	7
19	TELIMELE	0,58	10
20	KOUBIA	-	2
21	LABE	0,04	5
22	LELOUMA	-	3
23	MALI	0,24	2
24	TOUGUE	0,09	2
25	DALABA	0,21	4
26	MAMOU	0,27	7
27	PITA	0,49	4
28	BEYLA	0,32	6
29	GUECKEDOU	1,91	4
30	LOLA	0,18	3
31	MACENTA	0,14	7
32	NZEREKORE	0,13	3
33	YOMOU	0	4
	TOTAL	0,21	156

4.4 ANNEXE 4 : EVALUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUR LES BASSINS NIGER, MILO, DION, SANKARANI, MAFOU, MAFISSA, TINKISSO (2014)

N°	Village	Bassin	Recensée	Présent	Examinée	Taux participation %	Oncho +	Prév brute %	Prévalence standardisée	CMFL	Préfecture
1	Saourou	Tinkisso	130	124	112	90%	0	0,00	0,00	0,000	Dabola
2	Kérouané	Tinkisso	130	111	80	72%	2	0,03	0,7	0,114	Siguiri
3	Kamakan	Tinkisso	215	182	123	68%	0	0,0%	0,0	0,000	Siguiri
4	Djodokoun	Tinkisso	271	216	138	64%	0	0,0%	0,0	0,000	Siguiri
5	Boundian	Tinkisso	171	123	96	78%	0	0,0%	0,0	0,000	Kouroussa
6	Gania	Tinkisso	183	136	120	88%	0	0,0%	0,0	0,000	Kouroussa
7	Bendougou	Tinkisso	383	290	186	64%	0	0,0%	0,0	0,000	Dabola
8	Toumania	Tinkisso	264	163	105	64%	0	0,0%	0,0	0,000	Dabola
9	Moyafara	Tinkisso	199	188	110	59%	0	0,0%	0,0	0,000	Siguiri
10	Sounsoun	Tinkisso	207	157	108	69%	0	0,0%	0,0	0,000	Dabola
11	Konden	Tinkisso	136	110	90	82%	1	1,1%	0,8	0,033	Dabola
12	Thiankouwé	Tinkisso	172	164	119	73%	0	0,0%	0,0	0,000	Dinguiraye
13	Bohéré	Tinkisso	280	221	170	77%	0	0,0%	0,0	0,000	Dinguiraye
14	Sita	Bafing	117	117	96	82%	0	0,0%	0,0	0,000	Mamou
15	Thialèrè	Bafing	142	142	117	82%	0	0,0%	0,0	0,000	Mamou
16	Dow Sokotoro	Bafing	147	137	103	75%	0	0,0%	0,0	0,000	Mamou
17	Fandanda	Bafing	321	292	225	77%	3	1,3%	0,5	0,025	Dinguiraye
18	Bélèya	Bafing	279	279	202	72%	2	1,0%	0,6	0,022	Dinguiraye
Total Tinkisso/Bafing			3747	3152	2300	73%	8	0,3%	0,14	0,011	

1	Bafèlè	Milo	367	267	204	76%	0	0,0%	0,0	0,000	Kankan
2	Fofanaro	Milo	281	155	116	75%	0	0,0%	0,0	0,000	Kankan
3	Lèlè	Milo	96	94	69	73%	0	0,0%	0,0	0,000	Kérouané
4	Lèkoro	Milo	315	189	107	57%	0	0,0%	0,0	0,000	Kérouané
5	Talikourani	Milo	116	111	81	73%	0	0,0%	0,0	0,000	Kankan
6	Sanankoro	Milo	273	264	228	86%	0	0,0%	0,0	0,000	Kankan
7	Niandan Sciérie	Niandan	295	211	173	82%	0	0,0%	0,0	0,000	Kissidoug
Total Milo/Niandan			1743	1291	978	76%	0	0,0%	0,0	0,000	
1	Bohoko	Dion	542	439	270	62%	0	0,0%	0,0	0,000	Kérouané
2	Kamandou	Dion	119	104	65	63%	0	0,0%	0,0	0,000	Kérouané
3	Sanankoro	Sankarani	312	310	225	73%	0	0,0%	0,0	0,000	Mandiana
4	Djifoua	Sankarani	300	256	195	76%	0	0,0%	0,0	0,000	Mandiana
5	Loofé	Sankarani	183	144	64	44%	0	0,0%	0,0	0,000	Mandiana
6	Niako	Sankarani	282	241	120	50%	3	2,5%	1,6	0,109	Mandiana
7	Sasseidou	Gbahala	164	164	142	87%	1	0,7%	0,5	0,007	Beyla
8	Fandou	Bagbè	73	71	51	72%	0	0,0%	0,0	0,000	Beyla
9	Diamodou	Bagbè	312	308	240	78%	0	0,0%	0,0	0,000	Beyla
Tot Sankarani/Dion/Gbanhala			2287	2037	1372	67%	4	0,3%	0,2	0,013	
1	Dougouléma	Niger	204	204	127	62%	0	0,0%	0,0	0,000	Faranah
2	Mamouria	Niger	181	181	131	72%	2	1,5%	1,1	0,049	Faranah
3	Kondembou	Niger	166	163	126	77%	0	0,0%	0,0	0,000	Faranah
4	Sansambou	Niger	204	202	140	69%	0	0,0%	0,0	0,000	Faranah
5	Miniandala	Niger	77	75	51	68%	0	0,0%	0,0	0,000	Faranah

6	Walia-Dabourou	Niger	150	149	109	73%	0	0,0%	0,0	0,000	Faranah
7	Sérékoroba	Mafou	307	221	149	67%	10	6,7%	5,2	0,345	Kouroussa
8	Bereki na	Mafou	136	131	105	80%	6	5,7%	5,1	0,247	Kouroussa
Total Niger/Mafou			1425	1326	938	71%	18	1,9%	1,4	0,080	
1	Nienguezazou	Makona	133	130	102	78%	4	3,9%	3,9	0,086	Macenta
2	Bakodamai	Makona	37	36	30	83%	0	0,0%	0,0	0,000	Macenta
3	Sangassou	Makona	195	182	145	80%	11	7,6%	6,4	0,387	Macenta
4	Baloma	Lofa	70	70	55	79%	0	0,0%	0,0	0,000	Macenta
5	Sibata II	Diani	68	68	50	74%	3	6,0%	3,8	0,168	Macenta
6	Dongoita	Diani	50	50	38	76%	0	0,0%	0,0	0,000	Yomou
7	Forofoyè	Diani	93	93	72	77%	0	0,0%	0,0	0,000	Yomou
8	Ballo	Oulé	133	133	96	72%	3	3,1%	2,4	0,075	Yomou
9	Koyakoré	Oulé	87	87	68	78%	3	4,4%	2,8	0,177	Yomou
10	Gallaya	Oulé	107	107	86	80%	2	2,3%	3,1	0,237	Yomou
11	Tégnia	Oulé	38	38	34	89%	2	5,9%	3,2	0,196	Yomou
12	Guela	Oulé	204	200	155	78%	8	5,2%	4,1	0,217	N'Zérékoré
13	Korontа	Oulé	133	132	109	83%	5	4,6%	3,8	0,233	N'Zérékoré
Total Makona/ Mafissa			1348	1326	1040	78%	41	3,9%	2,6	0,137	
Grand total			10550	9132	6628	73%	71	1,1%	4,3	0,232	

4.5 ANNEXE 5 : TRAITEMENT DE MASSE CONTRE FL, ONCHO ET HTS (2014-2017)

Districts sanitaires	2014		2015		2016		2017	
	Pop Traitées	Couv %	Pop Traitées	Couv %	Pop Traitées	Couv %	Pop Traitées	Couv %
BOKE	-	-	391599	66,7%	375151	79,8%	365363	76,0%
GAOUAL	-	-	132723	64,6%	165050	81,6%	165050	79,9%
Koundara	75563	59,2%	84756	64,5%	97245	71,6%	97058	70,0%
Dabola	114315	61,9%	116206	61,1%	147337	77,9%	144786	74,9%
Dinguiraye	127423	61,4%	124421	58,2%	159945	77,9%	155556	74,2%
FARANAH	-	-	-	-	227123	77,6%	220834	73,8%
KISSIDOUGOU	-	-	-	-	216517	73,0%	231615	76,5%
KANKAN	-	-	-	-	394794	79,9%	381522	75,5%
KEROUANE	-	-	-	-	167117	77,1%	176732	79,8%
KOUROUSSA	-	-	121412	51,5%	189353	67,5%	217528	75,9%
MANDIANA	-	-	225301	73,8%	298572	85,1%	261687	73,0%
SIGUIRI	-	-	-	-	621306	86,6%	553153	75,4%
FORECARIAH	-	-	-	-	187775	74,0%	189950	73,2%
KINDIA	352982	76,9%	-	-	352982	76,9%	354005	75,4%
TELIMELE	-	-	-	-	233351	78,6%	237779	78,3%
LELOUMA	-	-	-	-	125499	73,7%	125795	72,3%
MALI	-	-	-	-	237118	78,8%	286 184	86,8%
TOUGUE	-	-	-	-	98221	75,7%	107 990	80,5%
DALABA	-	-	74817	34,3%	115930	83,0%	122 486	81,8%
MAMOU	-	-			291095	87,4%	244 541	89,0%
PITA	-	-	204207	64,5%	231774	79,7%	232 793	78,3%
BEYLA	-	-	-	-	239306	70,3%	267972	77,0%
Guéckédou	639425	70,1%	-	-	233352	76,9%	246121	79,3%
MACENTA	-	-	-	-	223450	76,8%	218175	73,4%

Kindia et Guéckédou non traités en 2015 à cause de la maladie à virus EBOLA

4.6 ANNEXE 6 : TRAITEMENT DE MASSE CONTRE LES SCHITOSOMIASES ET GÉO-HELMINTHIASES CHEZ ENFANTS ÂGE SCOLAIRE (2016-2017)

Districts sanitaires	2016		2017	
	Pop Traitées	Couverture	Pop Traitées	Couverture
Boke	-	-	132364	110,2%
Fria	-	-	-	-
Gaoual	48 184	95,3%	51249	99,2%
Koundara	32 854	95,4%	-	-
Matoto	-	-	-	-
Ratoma	-	-	-	-
Dabola	-	-	54543	112,8%
Dinguiraye	50 864	99,1%	51548	98,3%
Faranah	86 182	117,8%	79612	106,5%
Kissidougou	84 950	114,6%	91250	120,5%
Kankan	108 159	87,5%	-	-
Kerouane	53 100	98,0%	54882	99,1%
Kouroussa	68 686	97,9%	-	-
Mandiana	-	-	100613	112,2%
Siguiri	189 917	105,9%	196674	107,3%
Dubreka	-	-	-	-
Coyah	-	-	-	-
Forecariah	-	-	62072	95,7%
Kindia	-	-	100099	85,3%
Telimele	-	-	77396	102,0%
Labe	-	-	88380	103,8%
Koubia	25 870	98,0%	-	-
Lelouma	42 850	100,6%	47615	109,4%
Mali	-	-	93099	112,9%
Mamou	109 018	131%	-	-
Beyla	89 742	105,4%	92110	105,8%
Gueckedou	76 660	101,0%	78751	101,5%
Lola	-	-	42111	92,0%
Macenta	87 868	120,8%	84960	114,3%
N'Zerekore	-	-	103026	97,3%
Yomou	-	-	29151	95,5%

4.7 ANNEXE 7 : CO-ENDÉMICITÉ DES MTN/CTP

DISTRICTS	FL	ONCHO	Trach.	SCH	HTS
Boffa			X		
Boké	X		X	X	
Fria			X	X	
Gaoual	X	X		X	
Koundara	X	X	X	X	
Dixinn					
Kaloum					
Matam					
Matoto				X	
Ratoma				X	
Dabola	X	X	X	X	
Dinguiraye	X	X	X	X	
Faranah	X	X	X	X	X
Kissidougou	X	X	X	X	X
Kankan	X	X	X	X	X
Kérouané	X	X	X	X	X
Kouroussa	X	X	X	X	X
Mandiana	X	X	X	X	X
Siguiri	X	X	X	X	
Coyah				X	
Dubréka				X	
Forécariah	X	X	X	X	X
Kindia	X	X		X	X
Télimélé	X		X	X	X
Koubia		X		X	
Labé				X	
Lélouma	X	X		X	X
Mali	X	X	X	X	
Tougué	X	X			
Dalaba	X				X
Mamou	X	X	X	X	
Pita	X		X		X
Beyla	X	X		X	X
Guéckédou	X	X		X	X
Lola		X		X	X
Macenta	X	X		X	X
N'Zérékoré		X		X	X
Yomou		X		X	
38	24	24	18	31	17

ANNEXE 8 : Traitement de masse contre le trachome dans les DS endémiques (2013 à 2017)

DISTRICTS Sanitaires	2013		2014		2015		2016			2017	
	Pop Traitées	Couv %	Pop Traitées	Couv %	Pop Traitées	Couv %	Pop Traitées	Couv %	Enquête Impact	Pop Traitées	Couv %
Boffa										218519	96%
Boké										437239	91%
Fria										89270	86%
Koundara									X		
Dabola			142976	77%	175730	92%	183676	97%		178615	92%
Dinguiraye					174135	81%	191307	93%		198637	95%
Faranah	186838	89%	139149	64%	181811	81%	269300	92%		289318	97%
Kissidougou	235158	74%	212588	65%			255333	86%		273710	90%
Kankan			358078	82%	440562	97%	455645	92%	X		
Kérouané			265226	86%			210823	97%		209826	95%
Kourousa			166599	73%	199738	85%	283807	101%		254378	89%
Mandiana			262008	88%	256180	84%	334309	95%	X		
Siguiri			448152	88%	458428	88%	699235	97%	X		
Forécariah										230486	90%
Télimélé										272653	90%
Mali											
Mamou										324011	95%
Pita										252758	85%

Les enquêtes d'impact réalisées en 2017 dans les districts sanitaires de Kankan, Siguiri et Mandiana et l'enquête de réévaluation faite à Koundara ont donné des résultats de TF inférieurs à 5%