



REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail – Justice – Solidarité



MINISTRE DE LA SANTE

**DIRECTION NATIONALE DES GRANDES ENDEMIES ET
DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE.**

Programme National de Lutte Contre le Paludisme

Novembre 2019

***PLAN STRATEGIQUE
NATIONAL DE LUTTE CONTRE
LE PALUDISME 2018-2023***

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	4
REMERCIEMENTS	5
LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES	6
RESUME EXECUTIF	8
1 INTRODUCTION	12
2 PROFIL DU PAYS	13
2.1 Situation géographique	13
2.2 Système socio-politique	13
2.2.1 Situation administrative	13
Figure 1: Carte administrative de la Guinée	13
2.2.2 Organisation du système de santé	14
2.2.3 Place de la lutte contre le paludisme dans les priorités nationales de développement	15
2.2.4 Programme National de Lutte contre le Paludisme	15
2.3 Situation démographique	16
2.4 Écosystème, Environnement et Climat	16
2.5 Situation socio-économique	17
2.6 Analyse du système de santé	19
3 ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME	14
3.1 Historique de la lutte contre le paludisme	23
3.2 Profil épidémiologique	24
3.2.1 Parasites du paludisme	24
3.2.2 Vecteurs du paludisme	25
3.2.3 Dynamique de la transmission du paludisme et niveau d'endémicité	25
Erreur ! Signet non défini.	
3.2.4 Stratification et cartographie du paludisme	27
3.2.5 Morbidité et mortalité	31
3.3 Revue du Plan stratégique de lutte contre le paludisme	34
3.3.1 Principaux résultats de la lutte contre le paludisme	34
3.3.2 Situation du financement du programme	36
3.3.3 Principales faiblesses de mise en œuvre	36
3.4 Défis du programme pour le futur PSN	38
4 CADRE STRATEGIQUE DU PSN	41

4.1	Vision	41
4.2	Mission.....	41
4.3	Principes directeurs et valeurs.....	41
4.4	Orientations stratégiques et priorités.....	41
4.5	But du Plan Stratégique.....	42
4.6	Objectifs du Plan stratégique	42
4.7	Résultats attendus du Plan stratégique	42
5	CADRE DE MISE EN OEUVRE DU PSN.....	44
5.1	Description des interventions de lutte	44
5.1.1	Objectif 1 : Assurer la protection d’au moins 90 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme.....	44
5.1.2	Objectif 2_Assurer une prise en charge correcte et précoce d’au moins 90% des cas de paludisme.....	47
5.1.3	Objectif 3_Renforcer les capacités de gestion, de partenariat, de coordination, de communication et de SE du Programme de lutte contre le paludisme à tous les niveaux.	48
5.2	Modalités de mise en œuvre du PSN	60
5.2.1	Mécanisme de planification et de mise en œuvre	60
5.2.2	Renforcement du système de santé	61
5.2.3	Gestion des ressources financières.....	63
5.2.4	Gestion et atténuation des risques	64
5.3	Budgétisation du PSN	65
6	CADRE DE SUIVI ET EVALUATION	69
6.1	Cadre de performance	69
6.2	Système de gestion des données	69
6.2.1	Utilisation des données de routine	69
6.2.2	Evaluation de l’impact	69
6.2.3	Mécanismes de coordination du S&E.....	70
	Annexes	71

AVANT-PROPOS

A l'échéance du Plan Stratégique de 3ème génération (2013-2017), le Ministère de la Santé, avec l'appui des partenaires, a procédé au deuxième semestre 2016 à la Revue de Performances du Programme de lutte contre le paludisme. Cette revue a permis d'identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces qui influencent la lutte contre le paludisme dans le pays. Elle a également permis d'identifier les leçons apprises de la mise des interventions et de faire des recommandations pertinentes pour intensifier la lutte contre le paludisme.

Les constats, conclusions et recommandations de cette revue et le document de politique nationale de lutte contre le paludisme ont servi de base au développement du Plan Stratégique quinquennal 2018-2022. Ce Plan Stratégique National (PSN) constitue la base de développement des demandes de financements soumises aux bailleurs de fonds. C'est pourquoi, afin de s'aligner au nouveau cycle de financement 2021-2023 du Fonds Mondial de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme, principal bailleur de fonds de la lutte contre le paludisme du pays, le Ministère de la Santé a été décidé de l'étendre jusqu'en 2023.

Il est le résultat d'un processus participatif impliquant les services techniques du Ministère de la Santé et des autres Ministères concernés, les partenaires techniques et financiers (OMS, RBM, USAID/PMI, UNICEF), les ONGs (RTI/STOPPALU+, MSH/SIAPS, CRS, Plan Guinée, HRH2030, Child Fund, ...), le secteur privé, les acteurs de terrains (DPS, DRS) et les communautés (RECO/ASC, CSH, OBC.). Il a fait l'objet d'une validation par le gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers.

Ce Plan Stratégique National a pour but d'amener le pays vers la pré-élimination à l'horizon 2023 et cadre parfaitement avec la vision « *Une Guinée sans paludisme pour un développement économique durable* ». Ses objectifs sont en adéquation avec la Politique Nationale de Santé, les axes stratégiques du Plan de Développement Sanitaire 2015-2024. Il est en conformité avec les engagements internationaux du gouvernement notamment les objectifs de la CDEAO, de l'Union Africaine, du Plan Mondial d'Élimination du Paludisme de l'OMS/RBM 2016-2030 et les Objectifs de Développement Durable 2030 (ODD3) des Nations Unies.

Le Ministère de la Santé se réjouit de mettre à la disposition des parties prenantes ce cadre stratégique qui fixe les objectifs, définit les orientations stratégiques, les modalités de mise en œuvre et de suivi/évaluation, identifie les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la lutte contre le paludisme pour la période 2018-2023.

Ce document de référence est un outil important de plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des partenaires et de travail pour les acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme à tous les niveaux du système de santé (secteur public, secteur privé, partenaires bi et multi latéraux, ONGs, Universités, centres de recherches et communautés à la base).

Le Ministre de la Santé

Médecin Colonel REMY LAMA

REMERCIEMENTS

Le présent Plan Stratégique National est le fruit de la volonté politique du gouvernement, de l'appui des partenaires au développement et du travail des cadres et acteurs de terrain.

Le Ministère de la Santé remercie tous les acteurs grâce auxquels, le processus de revue des performances du PNLP, de révision de la politique nationale de lutte contre le paludisme et d'élaboration du plan stratégique 2018-2023 a pu aller à son terme. Il s'agit particulièrement des services centraux et déconcentrés du Ministère de la Santé et des autres Ministères, des projets et des institutions de formation et de recherche et des communautés et tous les autres acteurs ayant contribué à l'élaboration de ce plan stratégique.

Nous adressons notre profonde gratitude à tous les partenaires bilatéraux et multilatéraux ainsi qu'aux organisations de la société civile et du secteur privé qui ont appuyé la mise en œuvre du PSN 2013-2017 et rendu possible, grâce à leur soutien technique, financier et matériel, la réalisation de ce travail. Il s'agit notamment du Fonds mondial de Lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, de l'USAID/PMI, de Roll Back Malaria (RBM), l'OMS, l'UNICEF, de l'OMVS, la BID et la JICA. Ces remerciements s'adressent aussi aux partenaires de mise en œuvre notamment CRS, RTI/STOPPALU+, MSH/LMG, MSH/SIAPS, HRH2030 CHILDFUND, PLAN GUINEE.

Nous restons convaincus que le présent plan sera un cadre référence pour tous les acteurs de la lutte contre le paludisme en Guinée

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES

RECO/ASC : Agent Communautaire de Santé
AQ : Artésunate Amodiaquine
CDMT : Cadres de Dépenses à Moyen Terme
CHR : Centre hospitalier régional
CMC : Centre Médical Communal
CPN : Consultation Périnatale
CPS : Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier
CRS : Catholic Reliefs Services
CS : Centre de Santé
CTA : Combinaisons Thérapeutiques à Base d'Artémisinine
DCS : Direction Communale de la Santé
DPS : Direction Préfectorale de la Santé
DSRP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS : Enquête Démographique et Sanitaire
GAS : Gestion des Achats et de Stocks
HKI : Helen Keller International
ISF : l'Indice Synthétique de Fécondité
JICA : Japan International Coopération Agency
LAV : Lutte Anti - vectorielle
LMG : Leadership Management Gouvernance
MCHIP/JHPIEGO : Maternal And Child Health Integrated Program (Programme Intégré de la Santé Maternel et de l'Enfant)
MILDA : Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MICS : Multiple Indicator Cluster Surveys (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
MSF : Médecin Sans Frontière
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PID : Pulvérisation Intra Domiciliaire
PMI : Initiative Présidentiel de lutte contre le Paludisme
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme
PS : Poste de Santé
PSI : Population Services International
RBM : Roll Back Malaria (Faire Reculer le Paludisme)
RENALP : Réseau National des ONGs de lutte contre le paludisme
RTI : Reacherch Triangle Institute
S&E : Suivi-Evaluation
SIAPS : System for Improved Acces to Pharmaceutical Services
SIGL : Système National d'Information de Gestion Logistique
SMIR : Surveillance Intégré de la Maladie et la Riposte

SP : Sulfadoxine - Pyriméthamine
TDR : Test de Diagnostic Rapide
TPI : Traitement Préventif Intermittent
TPIe : Traitement Préventif Intermittent chez l'enfant
TPIg : Traitement Préventif Intermittent au cours de la grossesse
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF : United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
UNITAID : Financement innovant pour augmenter les fonds destinés aux programmes de santé.
USAID : Agence Américaine pour le Développement International
NFM : Nouveau Model de Financement
RSS : Renforcement Système de Santé
RECO : Relais Communautaire

RESUME EXECUTIF

La Guinée a élaboré et mis en œuvre trois Plans Stratégiques nationaux depuis son engagement dans l'initiative « Roll Back Malaria » en 1998. La Revue de Performance du Programme pour la période couverte par le PSN 2013-2017 a été réalisée en 2016. Cette revue a permis de dégager les forces, faiblesses, opportunités et menaces de la lutte contre le paludisme durant ces cinq dernières années, d'identifier les défis à relever et de définir les orientations stratégiques pour les cinq prochaines années.

Le présent Plan Stratégique National (PSN 2018-2023) a été développé sur la base des leçons apprises de la mise en œuvre et des orientations stratégiques issues de cette revue. Ses objectifs sont en adéquation avec la Politique Nationale de Santé, les axes stratégiques du Plan de Développement Sanitaire 2015-2024, les Objectifs de Développement Durable (2030) des Nations Unies et les objectifs du Plan Mondiale d'Élimination du Paludisme de l'OMS/RBM 2016-2030.

Le PSN 2018-2023 entre dans le cadre de la vision du pays, "*Une Guinée sans paludisme pour un développement socioéconomique durable*". Les interventions prévues permettront la réalisation de la mission du Programme qui est d'assurer à toute la population un accès universel à des services de prévention et de prise en charge du paludisme de qualité conformément à la politique nationale de santé.

La mise en œuvre de ce plan se fera dans le respect des principes et des valeurs universels, à savoir la justice sociale, la solidarité, l'équité, l'éthique, la probité et la qualité. Il en est de même des principes directeurs basés sur la bonne gouvernance, l'approche genre, le respect des évidences scientifiques et des recommandations internationales dans le choix des interventions de lutte contre le paludisme.

En dépit de la faible performance du système de santé, durement éprouvé par l'épidémie à virus Ebola entre 2014-2015, le défi majeur du PNLP pour les six prochaines années est d'aller vers la pré-élimination du paludisme.

Le **but** du Plan Stratégique est d'amener le pays d'ici 2023 vers la pré-élimination en réduisant la morbidité et la mortalité liées au paludisme de 75 % par rapport à 2016. Les **objectifs** sont les suivants : **i)** Assurer la protection d'au moins 90 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme ; **ii)** Assurer une prise en charge correcte et précoce d'au moins 90% des cas de paludisme ; **iii)** Renforcer les capacités de gestion, de partenariat, de coordination, de communication et de S&E du Programme de lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

Il s'agira d'une part de capitaliser les acquis du PSN 2013-2017 et d'autre part d'identifier et mettre en œuvre des interventions novatrices à haut impact dans tous les domaines de la lutte contre le paludisme. Pour ce faire, les stratégies et interventions ont été adaptées aux différents faciès épidémiologiques du paludisme.

Pour atteindre les objectifs fixés, le plan vise la couverture universelle dans tous les domaines de la prévention et de la prise en charge du paludisme. Ces domaines se résument comme suit :

- **Prévention du paludisme** : les interventions suivantes seront développées :

Lutte Antivectorielle Vectorielle (LAV) : Pour assurer la couverture universelle en MILDA, le PNLP organisera deux campagnes de distribution de masse des MILDA (2019 et 2022) et poursuivra la distribution de routine ciblant les enfants de moins d'un an et les femmes enceintes reçus dans les services de vaccination et de consultation prénatale ; La distribution continue des MILDA sera aussi effectuée à travers les canaux scolaire, communautaire et privé pour maximiser le renouvellement des MILDA dans les ménages. Des approches spécifiques seront développées en collaboration avec les communes, le ministère de l'environnement, les ONG/OBC et les entreprises minières pour promouvoir la lutte anti larvaire à travers l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement du milieu. La PID, qui est jusqu'ici effectuée par les entreprises minières sans assistance technique du PNLP sera mise en œuvre sous forme de projet pilote en relation avec les institutions de recherche et les entreprises minières ;

Toutes ces actions seront soutenues par des études entomologiques qui permettront d'établir la cartographie des vecteurs (distribution spatiale, infectiosité et sensibilité des vecteurs aux insecticides) et d'affiner le ciblage des interventions.

La Chimioprévention du paludisme saisonnier déployée depuis en 2015, sera poursuivie et mise à échelle dans les zones éligibles conformément aux recommandations de l'OMS. L'objectif est de couvrir 19 préfectures d'ici 2023.

Le Traitement Préventif Intermittent à la SP chez la femme enceinte sera renforcé à travers une meilleure collaboration avec les services de la Santé de la Reproduction et avec l'implication accrue des acteurs communautaires (RECO/ASC, ONG/OBC, COSAH) afin d'obtenir une meilleure couverture des femmes enceintes en TPI3.

Prise en charge des cas de paludisme :

Le PNLP développera des mécanismes de renforcement de la qualité de la prise des cas dans toutes les structures, publiques, parapubliques (entreprises minières, services de santé des armées, sante scolaire) et privées et dans la communauté. S'agissant de la prise en charge au niveau communautaire, l'approche PECADOM sera renforcée en collaboration avec les ONG locales et les organisations communautaires en tenant compte des effets de l'épidémie à virus Ebola. Le renforcement de la collaboration avec la PCIMNE, les hôpitaux, la santé scolaire et les instituts de formation ainsi que l'intégration dans la lutte contre le paludisme du secteur privé à but non lucratif, de la chambre des mines de Guinée et des services de santé de l'armée, constituent les principaux axes d'intervention pour améliorer la qualité de la prise en charge du paludisme en Guinée.

Les protocoles et les directives actuels seront maintenus mais pourraient évoluer en fonction des résultats des études et enquêtes et des recommandations des institutions internationales compétentes (OMS, RBM).

Communication pour le changement social et de comportement /Mobilisation sociale :

Le Programme, en collaboration avec les partenaires va renforcer les activités de communication de proximité avec les ASC/ONG/OBC et à travers les mass médias (radios communautaires et privées). Il mettra à l'échelle les initiatives novatrices comme « Ecolier contre le paludisme » et « Leaders religieux contre le paludisme » en tenant compte des leçons apprises des projets pilotes exécutés sur financement du Fonds Mondial en 2017.

Pour élargir les cibles de la communication à tous les secteurs, d'autres initiatives seront développées avec les ministères de la communication, de l'environnement, de l'éducation, de la promotion féminine et de l'enfance.

Au niveau central et opérationnel, la visibilité des interventions du programme sera améliorée à travers l'organisation annuelle des Journée mondiales de lutte contre le paludisme, la conception et la diffusion des affiches, spot, tee-shirt et autres outils promotionnels et le partage régulier des bonnes pratiques avec tous les acteurs de la lutte contre le paludisme.

Suivi-évaluation :

Conformément aux orientations du Ministère de la Santé, la collecte des données de routine sera intégrée dans le nouveau système de gestion des données du SNIS (DHIS2). Pour répondre aux exigences de la pré-élimination, le PNLP mettra un accent particulier sur la qualité des données à travers la révision des outils de collecte, la formation du personnel, la supervision, les audits de qualité des données, les retro-informations et les revues périodiques ; Il renforcera le système de surveillance sentinelle pour collecter des données sur l'efficacité des antipaludiques, sur la sensibilité des vecteurs et sur la morbidité et la mortalité.

En collaboration avec les instituts de recherche et les partenaires, le PNLP réalisera des enquêtes et recherches opérationnelles pour mesurer l'efficacité et l'impact du programme mais aussi pour améliorer les prises de décisions sur la mise en œuvre ou les changements de stratégies de lutte contre le paludisme.

Gestion des achats et des stocks (GAS)

Le PNLP en collaboration avec la Direction de la Pharmacie et du Médicament, de la PCG et des partenaires apportera des améliorations sur la chaîne d'approvisionnement en termes de sélection, de quantification des besoins, d'achat, de stockage et de distribution des intrants au niveau national et opérationnel y compris le niveau communautaire.

Le système d'information et de gestion logistique sera aussi amélioré avec le suivi des stocks, les commandes et la réalisation d'enquêtes comme l'EUV.

Gestion du programme

A travers ce nouveau plan stratégique, le PNLP va intensifier la coordination, la planification, le partenariat, la gestion des ressources, le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et la gouvernance.

Ainsi, sur le plan de la coordination, les réunions de coordination des comités de suivi RBM (national, régionaux, préfectoraux) et les rencontres des groupes thématiques seront poursuivies et élargies à d'autres secteurs ou ministères intervenant dans la lutte contre le paludisme ;

Dans le domaine de la gestion des ressources humaines, le programme national va maintenir le personnel contractuel et les points focaux des districts et des régions et recrutera d'autres cadres ; Il poursuivra aussi la formation diplômante de ses cadres en fonction des insuffisances identifiées par la revue des performances du programme.

La régularité et la fréquence des plans d'action (annuels, trimestriels et mensuels) seront maintenues grâce au leadership du PNLP et impliquera toutes les parties prenantes.

Le partenariat amorcé depuis 2016 avec le secteur privé et la chambre des mines de Guinée sera renforcé et élargi à d'autres ministères comme celui de l'environnement, de l'enfance, de la communication, de l'éducation nationale et de la défense.

Le programme de développement de leadership mis en œuvre au niveau du PNLP et dans deux districts sera élargi à toutes les régions ; Il visera à renforcer la transparence, la redevabilité, la responsabilisation et la gestion de l'information. Ces activités concerneront le PNLP et toutes les parties prenantes y compris les structures sanitaires, les Comité de Santé et d'Hygiène (CSH) et le niveau communautaire. Les équipements et le fonctionnement du programme seront aussi assurés régulièrement par l'Etat et les Partenaires.

Toutes ces interventions seront adossées sur les plans de mobilisation des ressources, de renforcement des capacités et d'assistance technique budgétisés. Elles feront l'objet d'un suivi périodique et d'une évaluation annuelle qui impliqueront les services centraux du ministère de la santé, le PNLP, les partenaires et les DRS/DPS.

1 INTRODUCTION

Le paludisme est, par sa morbidité et sa mortalité, le premier problème de santé publique en Guinée. En effet, les données disponibles permettent d'affirmer que, pour toutes les tranches d'âges confondus, le paludisme représente la première cause de consultation dans les formations sanitaires publiques. Selon l'EDS-MICS 2012 et le MICS-PALU 2016, la prévalence parasitaire a baissé de 44% à 15% en Guinée soit une baisse de 65%. Chacune des huit régions du pays a enregistré une baisse d'au moins 40% de la prévalence parasitaire

L'analyse des données de routine permet de noter que le paludisme représente un des motifs fréquents de consultation. En moyenne, 934 165 cas de paludisme ont été notifiés chaque année de 2006 à 2016. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes représentent respectivement 37% et 5% de l'ensemble des cas de paludisme enregistrés entre 2014 et 2016.

Le nombre de décès liés au paludisme enregistrés dans les structures de santé varie de 1066 en 2014 à 867 cas en 2016.

Conscient de ce fardeau, le gouvernement a fait de la lutte contre le paludisme l'une des priorités du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024. C'est ainsi qu'il a adhéré à toutes les initiatives internationales de lutte contre le paludisme : les Objectifs de l'Union Africaine, les objectifs de Développement Durable 2030 des Nations Unies et les objectifs du Plan Mondiale d'Élimination du Paludisme de l'OMS/RBM 2016-2030.

Conformément aux orientations de l'OMS et de Roll back malaria, la Guinée a mis en œuvre depuis 2001 trois plans stratégiques quinquennaux de lutte contre le paludisme. À l'échéance du plan de troisième génération (2013-2017), le Ministère de la Santé, avec l'appui des partenaires au développement et des acteurs de terrain, a conduit en 2016 une revue des performances du programme de lutte contre le paludisme. Ce processus a permis d'identifier les forces, faiblesses, opportunités et menaces du PNLPA et a abouti à des recommandations permettant de mieux orienter les stratégies et d'améliorer la mise en œuvre des interventions.

Le présent plan stratégique 2018-2023 qui découle de cette revue est en phase avec la Politique de lutte contre le paludisme et vise à amener le pays d'ici la fin 2023 vers la pré-élimination en réduisant la morbidité et la mortalité liées au paludisme de 75 % par rapport à 2016. Il représente un cadre de référence et un outil d'orientation pour tous les intervenants et partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme. C'est aussi un instrument de plaidoyer pour la mobilisation des ressources et de renforcement du partenariat autour d'un seul plan stratégique, un seul plan de suivi/évaluation et une seule coordination.

Après une description du profil du pays, du système de santé, de la situation épidémiologique du paludisme, une analyse de situation du paludisme et un résumé des résultats de la revue du programme, le Plan Stratégique National 2018-2023 définit le cadre logique (vision, mission, objectifs et stratégies), le cadre de mise en œuvre des interventions prévues, le budget et le cadre de suivi évaluation de la lutte contre le paludisme les six prochaines années.

2 PROFIL DU PAYS

2.1 Situation géographique

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale, entre 7° et 12° latitude nord et 8° et 15° longitude ouest. Elle est limitée par la Guinée Bissau au nord-ouest, le Sénégal et le Mali au nord, la Côte d'Ivoire à l'Est, le Liberia 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.

2.2 Système socio-politique

2.2.1 Situation administrative

Au plan administratif, la Guinée est composée de 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée. Le pays compte 33 préfetures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 334 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1615 districts ruraux.

Figure 1: Carte administrative de la Guinée



2.2.2 Organisation du système de santé

Le Ministère de la santé comprend trois niveaux dans sa structuration administrative :

- Le niveau central qui comprend les directions et structures centrales organisées autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général ;
- Le niveau intermédiaire qui comprend sept Directions Régionales de la Santé (DRS) et la Direction de la santé de la ville de Conakry (DSVCo) ;
- Le niveau périphérique qui est représenté par les 33 directions préfectorales (DPS) et les 5 directions Communales de la santé (DCS) de la ville de Conakry. Ces structures représentent les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé correspondant aux districts sanitaires.

Le système de santé est composé de trois secteurs : public, privé et communautaire.

a) Secteur public

Il est organisé en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

Le premier niveau est représenté par le district sanitaire. Il comprend deux échelons :

- **Le premier échelon** de soins est représenté par les Centres et Postes de santé (CS/PS) qui constituent la structure sanitaire de base du système de santé. Selon l'annuaire des statistiques sanitaires 2017 du Ministère de la santé on dénombre 1640 Postes de Santé et 423 Centres de Santé.
- **Le deuxième échelon** de soins du district est l'hôpital préfectoral (HP) et les Centres Médicaux Communaux (CMC) de la ville de Conakry ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district. Selon l'annuaire des statistiques sanitaires, il existait 26 Hôpitaux Préfectoraux et 9 Centres Médicaux Communaux en 2017.

Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux Hôpitaux Préfectoraux. Les Centres Hospitaliers Régionaux sont au nombre de 7 en 2019.

Le troisième niveau est constitué par les Hôpitaux Nationaux au nombre de 3 (Donka, Ignace Deen et Sino-guinéen). Il est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés.

En outre, les forces armées et les services de sécurité et la santé scolaire disposent de structures de prestations de soins au niveau de leurs unités : Centres Médico-Chirurgicaux des Armées et infirmeries de garnison, de police et de gendarmerie, infirmerie des écoles etc...

b) Secteur privé, associatif et confessionnel et secteur parapublic

Le sous-secteur privé comprend d'une part les structures médicales et d'autre part les structures pharmaceutiques et biomédicales. Il est constitué d'un sous-secteur privé à but lucratif et non lucratif (ONG et confessions religieuses). La particularité du privé lucratif est qu'il est fortement dominé par les structures informelles, tenues pour la plupart par du personnel paramédical.

L'offre formelle se résume à 41 cliniques, 106 cabinets et 11 laboratoires d'analyse biomédicale. Le secteur privé associatif et confessionnel représente une partie très importante de l'offre de soins particulièrement dans les villes. Son implication est fortement recherchée dans le but d'atteindre la couverture universelle notamment en ce qui concerne la prise en charge des cas de paludisme et la prévention du paludisme chez la femme enceinte et chez l'enfant. A ce jour, une trentaine de structures privées associatives sont intégrées à la lutte contre le paludisme

Le secteur minier regroupé au sein de la chambre des mines de Guinée dispose de 2 hôpitaux à Fria et Boké, de 5 centres médicaux à Siguiri, Dinguiraye, Sangaredi et Conakry (Simbaya, Hamdalaye). Un partenariat est établi depuis 2016 entre le PNL et la Chambre des mines de Guinée pour renforcer la lutte contre le paludisme dans les entreprises minières.

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, 102 sociétés grossistes répartiteurs, toutes basées à Conakry, 588 officines agréées dont 417 dans la capitale, 40 points de vente privés, 50 agences de promotion enregistrées.

Le secteur informel (vente illicite de médicaments, cliniques clandestines, prestataires clandestins ambulants etc.) se développe rapidement et de façon incontrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponible les services de santé, aucune donnée n'est disponible sur les tarifs appliqués et surtout sur la qualité de ces services. Il met en péril la viabilité des structures officielles.

2.2.3 Place de la lutte contre le paludisme dans les priorités nationales de développement

La lutte contre le paludisme représente une priorité élevée dans les actions du gouvernement. Elle est incluse dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Elle est appuyée par divers partenaires financiers et techniques.

Le Ministère de la santé assure le plaidoyer pour la lutte contre le paludisme à travers le Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024 dans lequel la lutte contre le paludisme est une priorité. Son engagement se traduit aussi par l'augmentation de la subvention des établissements de soins.

2.2.4 Programme National de Lutte contre le Paludisme

Au niveau central le Programme est géré par une coordination nationale dirigée par un coordonnateur national secondé par un coordonnateur national adjoint. Il comprend un service administratif et financier, cinq unités techniques, un organe consultatif de coordination (le comité RBM) et cinq (5) groupes thématiques. Les unités techniques sont les suivantes :

- Prise en charge des cas ;
- Prévention ;
- Communication pour le changement de comportement ;
- Gestion des achats et des Stocks ;
- Suivi/Evaluation.

Il comprend aussi depuis 2015, une cellule de renforcement du partenariat avec le secteur privé, la chambre des mines de Guinée, les autres départements ministériels, la santé scolaire et la santé militaire.

Aux niveaux intermédiaire et périphérique, la gestion de la lutte contre le paludisme est intégrée dans le paquet d'activités des équipes régionales, préfectorales et des formations sanitaires. Les chargés de la Lutte contre la Maladie des DRS et DPS assurent le suivi de la mise en œuvre des activités de prévention et de prise en charge au niveau des formations sanitaires et des communautés. Ils sont appuyés par des points focaux recrutés et pris en charge par les partenaires.

2.3 Situation démographique

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014 la population guinéenne est de 10.628.972 d'habitants avec une densité d'environ 43 habitants au km². Le taux d'accroissement annuel moyen de la population est de 2,38%. Cette population semble en deçà de la réalité. En effet, le dénombrement effectué en 2019, à l'occasion de la campagne nationale de distribution des MILDA, a donné une population de 16 159 239 habitants.

Les femmes représentaient presque 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 : Basse Guinée (20,4%), Moyenne Guinée (22,9%), Haute Guinée (19,7%), Guinée Forestière (21,7%) et la zone spéciale de Conakry (15,3%) de la population totale¹. 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 ‰ à 15-19 ans, qui augmente rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum de 224 ‰ à 25-29 ans et qui se maintient à un niveau relativement élevé jusqu'à 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 60,7 ans en 2017.

2.4 Écosystème, Environnement et Climat

La Guinée comprend quatre régions naturelles :

- La basse Guinée est une région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et qui se caractérise sur le plan climatique par de fortes précipitations qui varient entre 3000 et 4000 mm par an ;
- La moyenne Guinée est une région de massifs montagneux qui couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles qui varient entre 1500 et 2000 mm ;
- La haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays et où le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm par an ;
- La Guinée forestière est un ensemble de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national, avec une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm.

Le pays doit cette originalité à son milieu naturel qui se caractérise par des contrastes climatiques, des barrières montagneuses et l'orientation des reliefs qui se combinent pour donner

à chaque région des particularités du point de vue climat, sols, végétation et mode de vie des populations.

Autrefois appelée " Les rivières du Sud ", la Guinée est le pays le plus arrosé de l'Afrique de l'Ouest. Elle dispose de la plus large côte en Afrique de l'Ouest (300 Km sur l'Océan Atlantique). Elle est la source de 13 fleuves qui arrosent les pays voisins dont le fleuve Niger, le plus grand de l'Afrique de l'Ouest. De nos jours, 1161 cours d'eau sont répertoriés.

L'hydrographie du pays se partage en deux grands types, selon ses régions naturelles :

- **Hydrographie des Régions montagneuses** (Guinée Forestière et Moyenne Guinée): Elle est caractérisée par des torrents, des cascades et des chutes. Par exemple les chutes de Kinkon et les chutes de Kambadaga à Pita, les chutes de Sala à Labé, les chutes voilé de la mariée à Kindia, les chutes de Bondabon ou " chien qui fume" à Dubreka, les cascades de Sarékali à Mali, la chute de Gubé à Kérouané, les chutes de kindoï, de Tinkisso et de Kankama à Faranah, les chutes de Yendé entre Guéckedou et Kissidougou.
- **Hydrographie des Régions plates** (Haute Guinée et Basse Guinée): Elle est composée de IRECO/ASC, d'étangs, des mares, des marécages, des plages.... Par exemple la mare de Baro à Kouroussa, les mares de Dalaba, les plages du Milo à Kankan, les plages de Djoliba à Kouroussa, les plages de Baffing à Siguiri, les plages des îles de Loos (Room, Kassa, blanche), la plage Bel Air à Boffa, la plage Rogbanè à Conakry.

Ce climat expose la plus grande partie du pays à une transmission stable du paludisme avec des pics observés en saison hivernale. Dans la bande nord frontalière avec le Sénégal et le Mali, allant de la préfecture de Gaoual en Moyenne Guinée à celle de Mandiana en Haute Guinée la pluviométrie dure environ 4 mois avec une transmission saisonnière du paludisme de juin à Septembre.

La forte pluviométrie, la densité du réseau hydrographique, les aménagements hydroagricoles, les cultures agricoles péri domiciliaires et les risques d'inondations sont autant de facteurs qui favorisent la prolifération des vecteurs du paludisme.

S'agissant des milieux urbains notamment la ville de Conakry, malgré la forte pluviométrie la transmission du paludisme est plus faible à cause de l'écosystème peu favorable au développement des vecteurs.

2.5 Situation socio-économique

Les moteurs socio-économiques ayant une influence sur l'endémie palustre ou constituant des facteurs de risque de transmission du paludisme dans le pays sont principalement les suivants :

- Les indicateurs de développement et pauvreté : niveau de PIB national par habitant, Indicateur de développement humain (IDH) et classement (PNUD), indice mondial de développement (Banque mondiale), population en dessous du seuil de pauvreté, taux d'alphabétisation, espérance de vie, taux de mortalité maternelle, taux de mortalité des moins de 5 ans ;

- Répartition géographique de la pauvreté, l'analphabétisme, l'espérance de vie, taux de mortalité maternelle et le taux de mortalité chez les moins de 5 ans dans le pays et leurs relations avec la répartition du paludisme dans le pays ;
- Activités économiques majeures et zones géographiques ciblées : agriculture, pêche, irrigation, exploitation minière, construction de routes, fabrication de briques
- Saisonnalité de la migration et des pratiques nomades en relation avec la transmission locale;
- Rôle des groupes de femmes et d'autres organisations sociales en particulier en relation avec la mobilisation sociale, des interventions à base communautaire, etc.
- Les conditions de logement dans les zones urbaines et rurales et leurs effets dans la distribution du paludisme et le déploiement des interventions de prévention ;
- Infrastructure, communication : accessibilité des différentes zones par voie aérienne, terrestre ou le transport fluvial et leur effet sur le déploiement des interventions antipaludiques ;
- D'autres pratiques sociales et culturelles qui peuvent conduire à la transmission du paludisme dans le pays.

La situation socioéconomique de la Guinée 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.

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 2018, elle a occupé le 175^{ème} rang sur 189 pays à l'indice de développement humain durable (IDH) du PNUD.

Selon les résultats des EDS III, IV et V le risque de mortalité infanto – juvénile est passé de 125‰ en 2005 à 122 ‰ en 2012 et 111 ‰ en 2018. Pour la période des 5 ans ayant précédé l'EDS V 2018, le quotient de mortalité infantile est estimé à 67 ‰. En d'autres termes, en Guinée, environ 1 enfant sur 15 meurt avant d'atteindre son premier anniversaire.

Selon l'EDS 2012, le Taux de Mortalité Maternelle est de 724 décès de femmes enceintes pour 100 000 naissances vivantes. Selon l'EDS V 2018 l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé en moyenne à 4,8 enfants par femme et le Taux brut de Natalité de 33,6 ‰ individus.

Selon l'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP 2012), la proportion de ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté était de 55.2%. La pauvreté est avant tout un phénomène rural. L'incidence de la pauvreté dans ce milieu est de 64,7% contre 35,4% en milieu urbain. Concernant l'incidence de la pauvreté, les régions peuvent être classées en trois groupes. Un premier groupe comprenant les régions les plus affectées par la pauvreté. Il s'agit de la région de Nzérékoré (66,9%), Labé (65%), Faranah (64,8%), Kindia (62,5%) et Mamou (60,8%). Le second groupe est constitué par la région de Boké (58,9%) où l'incidence de la pauvreté avoisine la moyenne nationale. Le troisième concerne les régions les moins affectées : Kankan (48,7%) et Conakry (27,4%).

Une analyse croisée entre la distribution de la pauvreté et la prévalence du paludisme montre que la maladie est plus fréquente dans les zones rurales et les régions les plus pauvres. En effet selon

les résultats de l'Enquête MICS-palu 2016, les régions les plus pauvres présentent une prévalence élevée du paludisme : Nzérékoré (58%), Faranah (41,2%), Mamou (40,1%).

Selon l'ELEP 2012, les principales raisons de non fréquentation des structures de santé sont les coûts élevés des consultations, l'automédication et l'éloignement des formations sanitaires. L'analyse selon la région montre que c'est dans les régions administratives de Faranah, Nzérékoré et Mamou que le coût de la consultation constitue la principale raison de non consultation des structures de santé.

Tableau 1 : Indicateurs socioéconomiques du pays

Indicateurs	Valeur
Espérance de vie à la naissance (EDS IV, 2012)	58,9 ans
Taux d'alphabétisme femmes (EDS V 2018)	24,4%
Taux d'alphabétisation des hommes (EDS V 2018)	49,3
Indicateur de développement Humain (IDH) 2017*	0.46
Classement sur la base de l'IDH (2018)	175 ^{ème} /189pays*
PIB par habitant **	885 \$USD (2018)
Taux de mortalité des enfants < 1 ans (EDS V 2018)	67‰
Taux de mortalité des enfants < 5 ans (EDS V 2018)	111‰
Taux de mortalité maternelle (EDSG IV2012)	724/100000 Naissances vivantes
Proportion d'accouchements assistés (EDS V, 2018)	53% en 2018
Couverture CPN 1 (EDS V, 2018)	81%
Couverture en CPN 4 (EDS V, 2018)	35%
ISF (EDS V, 2018)	4.8
% de Ménages vivants au-dessous du seuil de Pauvreté	55.2% (ELEP -2012)

Sources : * PNUD Rapport Mondial sur le Développement Humain 2018, **<https://www.populationdata.net/pays/guinee/>

2.6 Analyse du système de santé

Les problèmes liés au système de santé identifiés dans le PNDS 2015- 2024 se résument ainsi qu'il suit :

- **Une insuffisance de la gouvernance politique** : insuffisance du cadre législatif et réglementaire, de la participation citoyenne, de la collaboration intersectorielle, du partenariat et de la contractualisation, de la lutte contre la corruption, du cadre de dialogue politique, de la responsabilité et de la redevabilité, absence d'encadrement du prix du médicament.
- **Une insuffisance de la gouvernance organisationnelle** : organigramme et carte sanitaire non adaptés aux défis actuels du système de santé, capacités institutionnelles et de leaderships insuffisants, absence de mise en œuvre des plans de déconcentration et décentralisation du secteur de la santé.
- **Une faible couverture des prestations de soins** : développement insuffisant de la santé communautaire, politique des SSP en panne dans le cadre de la décentralisation, absence de réformes hospitalières, absence de démarche qualité, infrastructures et équipements à mettre aux normes, maintenance inexistante, secteur privé lucratif et non lucratif parapublic et militaire non intégrés dans l'offre globale de soins, SBC insuffisamment développés (reconnaissance, formation, motivation, valorisation des ASC, paquet de services, système de référence contre référence), Médecine traditionnelle et pharmacopée insuffisamment

développées, Promotion de la santé et participation communautaire déficientes (hygiène personnelle, de l'habitat et environnementale, prévention des comportements à risque...).

- **Une insuffisance dans le processus de planification, de suivi et d'évaluation** : La politique sanitaire est mise en œuvre par des projets et des programmes mal intégrés aux structures organiques du Ministère, réduisant l'efficacité et l'efficience du système. Les structures régionales et préfectorales manquent de capacité technique dans la formulation de programmes de santé. L'appui du niveau central aux structures déconcentrées pour le développement d'outils, de techniques de planification, de suivi et d'évaluation est insuffisant.
- **Une insuffisance dans la gestion des Ressources Humaines pour la Santé** : Absence de système efficace de motivation/incitation à la productivité et à la fidélisation des professionnels de santé aux postes de travail ouverts dans les zones défavorisées ; opacité des procédures de nomination et d'accès aux bourses de formation ; système de recrutement des étudiants dans le système éducatif aveugle par rapport aux besoins du système de santé faute de partenariat intersectoriel efficace ; opacité des procédures de sélection des candidats aux études médicales et paramédicales ; mauvaise répartition sur le territoire national par absence de plans de redéploiement du personnel, formation continue non adaptée aux besoins en termes de qualité des soins, absence de démarche qualité, absence de gestion axée sur les résultats, de redevabilité, de promotion de l'éthique professionnelle.
- **Un faible financement du secteur** : allocations publiques du secteur insuffisantes, absence de mutualisation du risque maladie, multiplicité et complexité des procédures ; absence d'un cadre des dépenses à moyen terme ; mode de budgétisation du MEF axé sur les moyens et non sur les objectifs ; insuffisance de transparence sur toute la chaîne de gestion des ressources ; lourdeur administrative ; taux élevé de corruption (CPI² 2012: 24%, 154^{ème} sur 174 pays).
- **Un faible système d'information sanitaire** : informatisation insuffisante, peu d'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), pas de contrôle de qualité des données, pas d'outils de suivi-évaluation, promptitude insuffisante de la transmission des données, pas d'analyse ni d'utilisation effective de l'information sanitaire pour la prise de décision à tous les niveaux.
- **Une Faible disponibilité des produits et technologies de santé** : pratiques illicites, médicaments contrefaits, PCG faible sur le plan technique, logistique, et financier, absence de transparence dans la passation des marchés, absence de pharmacovigilance et d'hémovigilance, système de logistique intégré déficient.

Au total, le PNDS 2015-2024 a retenu trois problèmes prioritaires :

- Mortalité maternelle, néonatale et infantile juvénile élevée,
- Prévalence élevée des maladies transmissibles, des maladies à potentiel épidémique (Ebola, méningite, choléra, rougeole, etc.) et des maladies non transmissibles,
- Faible performance du système de santé qui se traduit plus spécifiquement par i) une faible couverture en services essentiels de santé de qualité dans le cadre de la réforme vers la couverture sanitaire universelle ; ii) le sous-financement du secteur santé avec faible financement de la santé par l'Etat, iii) la faible densité et la mauvaise distribution des ressources humaines de qualité ;iii) la faible disponibilité de médicaments, vaccins,

équipements, produits médicaux et autres technologies de qualité ; iv) les informations et connaissances en santé non disponibles en temps réel pour les prises de décisions ;v) la mauvaise organisation et gestion des services de santé .

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.

Contribution du système de santé à la lutte contre le paludisme

Le système de santé contribue à la lutte contre le paludisme et à son élimination à travers :

- La volonté politique renouvelée à soutenir la lutte contre le paludisme qui se traduit par l'inscription de la lutte contre le paludisme comme priorité dans le PNDS 2015-2024 ;
- La mise à disposition de ressources financières nécessaires mobilisées à partir du budget national et auprès des partenaires financiers (externes et internes) : augmentation de la part de la santé dans le budget national qui est passé de 3 % en 2013 à 8% en 2017 même si la part du paludisme reste encore très faible ;
- La mise en place d'un fonds d'urgence qui prend en compte la prise en charge du paludisme grave au niveau des formations sanitaires ;
- La mise à disposition de personnel de santé qui s'est traduit par le recrutement de nouveaux agents dans la fonction publique et le renforcement du niveau communautaire par l'enrôlement de nouveaux ASC ;
- La mise en œuvre de la politique de gratuité pour améliorer l'accessibilité et l'utilisation des prestations préventives et curatives de lutte contre le paludisme
- Le renforcement des plateaux techniques pour le diagnostic biologique du paludisme (équipements et matériels de laboratoire, formation...) ;
- La mise en place d'une stratégie d'approvisionnement en intrants de lutte contre le paludisme pour assurer un accès équitable à toute la population à risqué par le renforcement de la PCG, des structures décentralisées et communautaires ;
- L'amélioration de l'accès aux services par la construction de nouvelles infrastructures et l'intégration des postes de santé et du secteur privé dans la lutte contre le paludisme ;
- Le renforcement de la gestion du programme en termes d'infrastructure (mise à disposition d'un nouveau siège pour le PNLP) ;
- Le renforcement du SNIS (mise en place du DHS2, Formation, équipements...) pour la production de données de qualité nécessaires au suivi/évaluation de la lutte contre le paludisme.

Contribution de la lutte contre le paludisme à l'amélioration du système de santé

La mise en œuvre du PSN 2013- 2017 a contribué à renforcer le système de santé notamment dans les domaines ci-après :

- **Gouvernance leadership** : amélioration de la gouvernance du programme et de ses liens avec le Ministère de la Santé, la société civile et les partenaires ; mise en œuvre d'un programme de gouvernance dans les districts sanitaires de Conakry et Kindia ; mise en place des cadres de coordination au niveau régional et district ; renforcement du partenariat avec le secteur privé ;
- **Infrastructures et équipements** : fournitures de microscopes et d'équipements/matériels informatiques/internet aux formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé), régions et districts sanitaires ;
- **Système d'Information Sanitaire** : La mise en œuvre du volet RSS/SNIS du projet financé par le Fonds Mondial/composante Paludisme a permis de renforcer considérablement la gestion de l'information sanitaire dans sa globalité (mise en place du DHS2 au niveau central et décentralisé, formation, révision des outils de collectes...) ;
- **Gestion des Approvisionnements et des Stocks** : le renforcement du Système d'approvisionnement en intrants antipaludiques des formations sanitaires et agents communautaires a permis l'atténuation des effets de l'épidémie Ebola sur le système de santé ;
- **Système communautaire** : les ASC chargés de la lutte contre paludisme contribuent à la mise en œuvre d'autres interventions de lutte contre la maladie (PEV, Tuberculose, VIH, maladies tropicales négligées...).

3 ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

3.1 Historique de la lutte contre le paludisme

Plusieurs évènements ont marqué la lutte contre le paludisme en Guinée :

- **1970** : Elaboration d'un document de politique de lutte contre le paludisme orienté vers le mouvement mondial d'éradication du paludisme qui s'articulait sur l'administration de la chloroquine et la pulvérisation d'insecticides. Plus tard, c'est la création d'un projet de lutte contre le paludisme et la mise en place d'un laboratoire central dont la fonction essentielle était de former les techniciens de laboratoire et les entomologistes. A l'image des autres pays, la mise en œuvre de la lutte antivectorielle n'a pas permis l'objectif ambitieux de l'éradication du paludisme
- **1975** : Avec l'appui de l'OMS, mise en place des zones d'application dans les localités de Bentourayah et de Béréiré dans les districts sanitaires de Coyah et de Forécariah à des fins d'études entomologiques et parasitologiques qui ont permis d'identifier et de cartographier les vecteurs et les parasites du paludisme.
- **1987** : création et mise en œuvre d'un projet intégré de lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance, CCCD (maladies évitables par la vaccination, diarrhée et paludisme) dans les districts sanitaires de Conakry, Kindia et Téliélé.
- **1987** : Lancement du PEV/SSP/ME dont les interventions essentielles ont contribué au renforcement du système de santé permettant ainsi de mettre à échelle la prise en charge des cas de paludisme, la prophylaxie à la chloroquine chez la femme enceinte et l'assainissement.
- **2001** : Elaboration de la politique nationale de lutte contre le paludisme suite aux recommandations du Sommet d'Abuja de 2000 et du plan stratégique de 1^{ère} génération (2001-2005) visant l'atteinte des objectifs d'Abuja (réduction de 50% de la morbidité et mortalité des enfants de moins de 5 ans). La faiblesse du système de santé, les difficultés de mise en œuvre et la faiblesse de financement malgré l'obtention de la première subvention du Fonds Mondial (R2 en 2003) n'ont pas permis d'atteindre l'objectif fixé.
- **2003** : Réorganisation de l'organigramme du Ministère de la santé qui a abouti à la création du programme national de lutte contre le paludisme suivant l'Arrêté N° A/2003/7482/MSP/SGG du 7 octobre 2003.
- **2005** : Suite à l'apparition et l'extension de la chloroquino-résistance, révision de la politique et adoption des CTA pour le traitement des cas simples et du TPI à la SP pour la prévention chez la femme enceinte.
Elaboration du plan stratégique de 2^{ème} génération (2006-2010) : le pays a souscrit à la Déclaration d'Abuja de 2006 sur l'accès universel aux soins/services sociaux de base. Obtention de la deuxième subvention du Fonds mondial (R6) pour le financement de la mise à échelle des CTA, des TDR et des MILDA
- **2008** : Révision et adoption du document de politique nationale de lutte contre le Paludisme et mise en place des CTA dans les formations sanitaires publiques
- **2009** : organisation de la première campagne de distribution de masse des MILDA intégrée à la vaccination contre la rougeole et distribution de Vitamine A.

La mise en œuvre du plan stratégique 2006- 2010 a permis la mise à échelle des CTA et du TPI mais les difficultés rencontrées n'ont pas permis d'introduire les TDR et la distribution de routine des MILDA.

- **2010** : Obtention de la troisième subvention du Fonds Mondial (R10), qui a été consolidé en 2013 avec la subvention du NFM.
- **2012-2016** : Première Revue de Performance du programme aboutissant à l'élaboration du plan stratégique de 3^{ème} génération 2013-2017 dont la mise en œuvre a permis la mise à échelle jusqu'au niveau communautaire du diagnostic par le TDR, de la prise en charge des cas simples par les CTA et des cas graves par les dérivés de l'Artémisinine. Il a également permis le renforcement de la prévention par l'organisation de deux campagnes nationales de distribution de masse des MILDA, la mise à échelle de la distribution des MILDA en routine lors des CPN et vaccination, le renforcement du TPI et la mise en œuvre de trois campagnes de Chimio-prévention du paludisme saisonnier dans 10 districts sanitaires.

3.2 Profil épidémiologique

Le paludisme sévit en Guinée à l'état d'endémie stable à recrudescence saisonnière dans l'ensemble des régions du pays.

Dans la bande nord frontalière avec le Sénégal et le Mali, allant de la préfecture de Gaoual en Moyenne Guinée à celle de Mandiana en Haute Guinée, la pluviométrie dure environ 4 mois avec une transmission saisonnière du paludisme de juin à Septembre.

La forte pluviométrie, la densité du réseau hydrographique, les aménagements hydroagricoles, les cultures agricoles péri domiciliaires et les risques d'inondations sont autant de facteurs qui favorisent la prolifération des vecteurs du paludisme.

S'agissant des milieux urbains notamment la ville de Conakry, malgré la forte pluviométrie la transmission du paludisme est plus faible à cause de l'écosystème peu favorable au développement des vecteurs compétents.

3.2.1 Parasites du paludisme

Sur la base des études effectuées précédemment jusqu'en 2012, la répartition des espèces montrait que le *Plasmodium falciparum* (98%) était l'espèce dominante. Les autres espèces rencontrées sont *Plasmodium malariae* 1,5% et *Plasmodium ovale* 0,5%.

Le rapport de contrôle de qualité externe des lames de l'EDS 2012 a donné les résultats ci-après :

- *Plasmodium falciparum* 91,7% ;
- *Plasmodium malariae* 3,3% ;
- *Plasmodium ovale* 0,13%.
- *Plasmodium falciparum*+ *Plasmodium malariae* : 4,7 %
- *Plasmodium falciparum*+ *Plasmodium ovale* : 0,13 %

Au total l'espèce dominante est le *Plasmodium falciparum* avec 96, 53 %.

Le suivi de la sensibilité des parasites aux médicaments antipaludiques au niveau des sites sentinelles a été assuré à travers plusieurs études ayant montré la chloroquino résistance qui avait atteint 28% en 2001 à Nzérékoré.

En ce qui concerne les CTA deux études ont été menées, une en 2014 à Dabola dont les résultats ont montré un niveau d'efficacité supérieur à 98% pour AL et ASAQ et une seconde en 2016 au niveau des sites de Maferinyah et Labé qui a trouvé une efficacité de 96% pour ASAQ et 93% pour AL.

La SP, utilisée pour le TPIg et la combinaison SP/AQ, utilisée dans la Chimio-prévention n'ont pas fait l'objet d'études d'efficacité.

3.2.2 Vecteurs du paludisme

Selon les données disponibles, le vecteur principal du paludisme est *Anophèles gambiae*. Il est rencontré sur toute l'étendue du pays avec des densités variant selon les écosystèmes et les saisons. Des pics sont enregistrés en saison pluvieuse. Le complexe *Anophèles gambiae* est composé de *Anophèles gambiae s.s.*, *Anophèles coluzzii*, *Anophèles arabiensis* et *Anophèles melas* sur le littoral maritime et les zones de mangrove. Le complexe *Anophèles funestus* est présent également, mais paraît être moins nombreux que le complexe *Anophèles gambiae* dans les études publiées jusqu'à présent. Peu d'études ont été réalisées à ce jour pour déterminer la composition du complexe *Anophèles funestus*.

Le statut de la résistance des vecteurs du paludisme a été récemment évalué avec les bios essais et les marqueurs moléculaires de résistance (kdr et Ace1). Le suivi entrepris par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) en collaboration avec CDC Atlanta a permis de détecter la résistance des *Anophèles gambiae* s.l. aux pyrethrinoïdes et au DDT ainsi que la présence répandue de la mutation kdr. La mutation Ace1R a été détecté mais à faible proportion [CDC : novembre 2016].

Peu d'informations sont disponibles sur *Anophèles funestus*, mais les bio essais avec *An. funestus* s.l. réalisés selon le protocole OMS ont trouvé une sensibilité à la Deltaméthrine et au Malathion même si les doses utilisées ne sont pas spécifiées (AngloGold Ashanti, 2007).

Les résultats enregistrés ont démontré une sensibilité des vecteurs à la Deltaméthrine et au Bendiocarb comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Bio essais effectués avec *Anophèles gambiae* s.l. en Guinée 2018 ?

Insecticide	Taux d'efficacité en % par site							
	Boké	Labé	Kankan	Kissidougou	Lola	Faranah	Siguiri	Maferinyah
Deltaméthrine 0,05%	100	98	100	100	100	100	100	100
Permethrine 0,75%	94	97	95	91	72	96	91	94
Alpha-cyperméthrine 0,05%	88	75	90	95	92	94	100	90
Pyrimiphos Méthyl 0,25%						100		
Bendiocarb 0,1%						100		
Propoxur 0,1%						100	100	

Selon les résultats des tests effectués en 2018 (tableau2), *Anophèles gambiae* s.l. est sensible à la Deltaméthrine 0,05% au niveau de tous les sites concernés (98 à 100%). On constate une baisse de la sensibilité à la Permethrine 0,75% allant de 97 % à Labé à 72 % à Lola. Une sensibilité au Pyrimiphos – méthyl 0,25% (100%), au Bendiocarb 0,1% (100%) et à la Propoxur

0,1% (100%) a été notée à Faranah et Siguiri. Quant à l'Alpha cyperméthrine 0,05% une baisse de l'efficacité a également été noté à Kankan, Kissidougou, Lola, Faranah et Mafereinya.

Ces différents produits sont vendus dans le commerce sous forme de bombe aérosol et en serpentin. Les communautés utilisent ces produits pour se protéger contre les piqûres de moustiques et les nuisances. D'une manière générale il y a lieu de tenir compte de la pression insecticide du fait de l'utilisation des pesticides dans l'agriculture.

La mise en place d'un laboratoire de biologie moléculaire et d'un insectarium fonctionnel en 2016 à l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry permet de mener des analyses spécifiques pouvant permettre de déterminer la composition spécifique, la distribution et les mécanismes de résistance des vecteurs aux insecticides.

3.2.3 Dynamique de la transmission du paludisme et niveau d'endémicité (voir SE)

La description de l'endémicité faite par la revue du Programme en 2012 montrait que la Guinée comprenait quatre zones d'endémicité (voir carte ci-dessous) :

- Une zone hypo endémique située en Basse Guinée, constituée de deux foyers sur la façade atlantique (les villes de Conakry et de Kamsar). Le vecteur prédominant est *Anophèles melas*. La prévalence parasitaire était de 3% selon l'EDS 2012
- Une zone méso endémique, qui concerne la partie nord frontalière avec le Sénégal et le Mali, à pluviométrie faible où le vecteur majeur est *Anophèles funestus* et la façade atlantique à pluviométrie élevée où domine *Anophèles melas*. La prévalence parasitaire variait entre 24% à Boké et 37% à Labé selon l'EDS 2012.
- Une zone hyper endémique qui s'étend du Sud-Est de la basse Guinée à la forêt tropicale guinéenne (Frontière avec le Liberia et la Côte d'Ivoire). Il s'agit d'une zone de forte pluviométrie (6 à 10 mois de pluie). Le vecteur dominant est *Anophèles gambiae ss*. La prévalence parasitaire variait entre 47% à Mamou et 50% à Kankan selon l'EDS 2012.
- Une zone holo endémique située en Haute Guinée, zone de savane et de plaine fortement irriguée à pluviométrie moyenne. Les vecteurs dominants sont *Anophèles funestus* et *Anophèles arabiensis*. La prévalence parasitaire variait entre 55% à Kindia, 59% à Nzérékoré et 66% à Faranah selon l'EDS 2012.

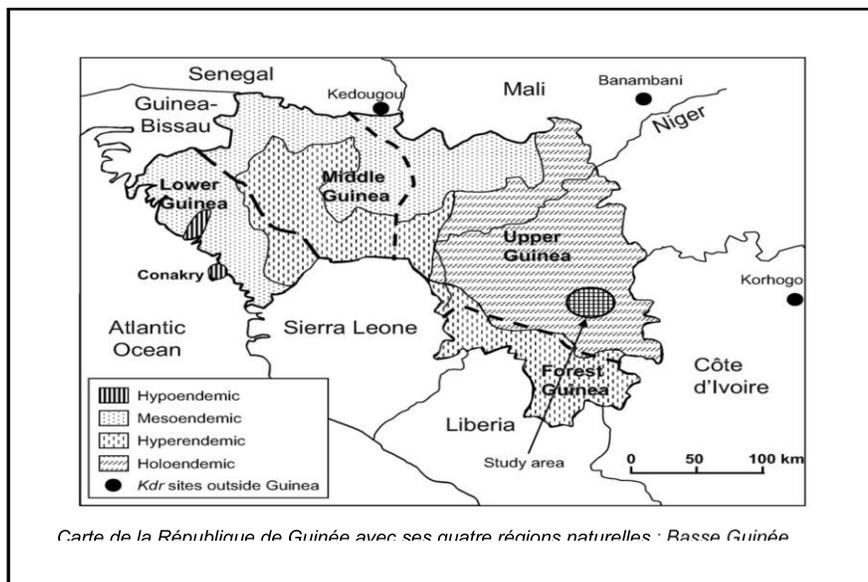


Figure II: Cartographie du niveau d'endémicité du paludisme en république de Guinée [Carnevale et al 2010].

Entre 2012 et 2016, les niveaux d'endémicités ont évolués du fait, entre autres des interventions de lutte notamment la couverture universelle en MILDA, l'organisation des campagnes CPS et la mise à échelle de la prise en charge des cas par les CTA. La nouvelle stratification et la cartographie du paludisme décrites au chapitre ci-dessous montrent les modifications des niveaux d'endémicité dans le pays.

3.2.4 Stratification et cartographie du paludisme.

Entre 2012 et 2016 la prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans a connu des changements notables. Le graphique ci-après présente l'évolution de la prévalence parasitaire (en %) par région entre 2012 (EDS IV-2012) et 2016 (MICS-Palu 2016).

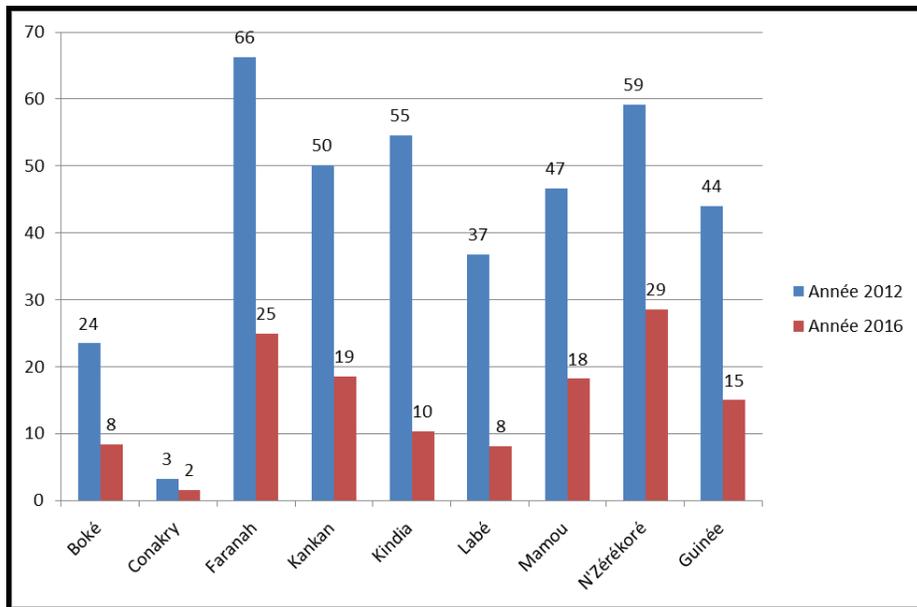


Figure III : Evolution de la prévalence parasitaire (GE) par région de 2012 à 2016 en Guinée.

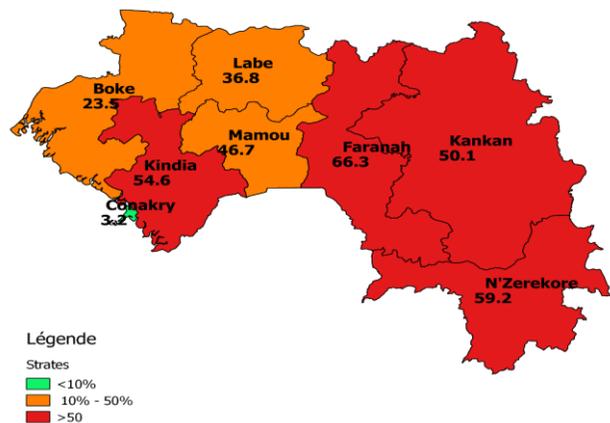
Globalement la prévalence parasitaire a fortement baissé passant de 44% en 2013 à 15% en 2016. Le graphique suivant présente l'évolution des niveaux d'endémicité dans le pays entre 2012 et 2016.

Le tableau 3 décrit les changements de niveau d'endémicité et de réduction de la prévalence par région survenu entre 2012 et 2016.

Tableau 3 : Evolution des niveaux d'endémicité par région entre de 2012 à 2016 en Guinée

Strates	EDS 2012		MICS PALU 2016		Niveau de réduction (Valeur absolue et %)
	Régions	Prévalence parasitaire	Régions	Prévalence parasitaire	
Strate 1 : Haute transmission (PP> 50%)	Faranah,	66,3			
	Kankan	50,1			
	Kindia,	54,6			
	Nzérékoré,	59,2			
Strate 2 Transmission modérée (PP 10-50%)	Mamou,	46,7	Mamou	18,4	28,3 (61%)
	Labé,	36,8	Faranah	24,9	41,4 (62%)
	Boké	23,5	Kankan	19,4	30,7 (61%)
			Kindia	10,3	44,3 (81%)
			Nzérékoré,	30,2	29 (49%)
Strate 3 Transmission Faible (PP<10%)	Conakry	3,20	Conakry	1,9	1,3 (41%)
			Labé	7,9	28,9 (79%)
			Boké	8	15,5 (66%)
Pays	43,90		15,30		28,6 (65%)

EVOLUTION DES NIVEAUX D'ENDEMICITE PAR REGION : 2012



EVOLUTION DES NIVEAUX D'ENDEMICITE PAR REGION : 2016

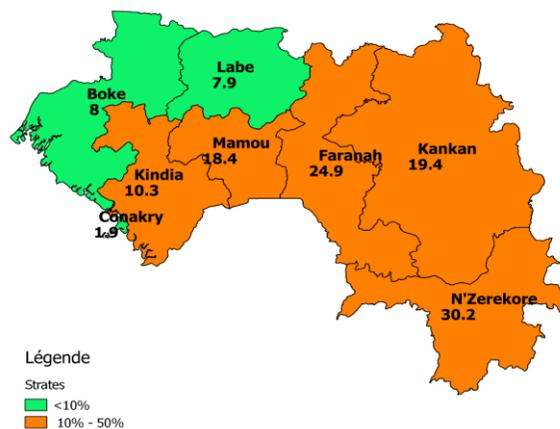


Figure IV: Evolution de la prévalence parasitaire du paludisme par région chez les enfants de 6-59 mois en Guinée de 2012 (EDS2012) à 2016 (MICS Palu 2016).

Selon l'EDS-MICS 2012 et le MICS-PALU 2016, la prévalence parasitaire a baissé de 44% à 15% en Guinée soit une baisse de 65%. Chacune des huit régions du pays a enregistré une baisse d'au moins 40% de la prévalence parasitaire. La baisse la plus importante a été notée à Kindia (81%). Les quatre régions de la strate de haute transmission (Faranah, Kindia, Kankan, Nzérékoré) sont toutes passées dans la strate de transmission modérée avec des baisses significatives de la prévalence (de 49% à Nzérékoré à 81% à Kindia). Les régions de Labé et de Boké sont passées de la strate de transmission modérée à la strate de transmission faible avec des réductions de la prévalence de 79% et 66 % respectivement.

3.2.5 Morbidité et mortalité

Compte tenu de l'endémicité, toute la population guinéenne est à risque vis-à-vis du paludisme. Les groupes vulnérables tels que les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes courent un risque plus élevé de contracter le paludisme et d'être gravement atteints.

- **Morbidité**

L'analyse des données des structures sanitaires et de la communauté (Tableau 4) permet de noter que le paludisme représente une des causes les plus fréquentes de consultation. En moyenne, 847 163 cas de paludisme ont été notifiés chaque année de 2014 à 2016 (tableau 4).

Tableau 4 : Evolution de la situation du paludisme en Guinée de 2014-2016

Année	Total affections toutes causes	Paludisme	Part du paludisme dans la morbidité générale (%)
2014	2 376 361	654 328	28%
2015	2 827 088	895 016	32%
2016	3 211 981	992 146	31%

Les données montrent qu'au cours des trois dernières années environ un tiers des consultations sont dues au paludisme.

En fonction des régions, on note une certaine disparité de la part du paludisme dans les consultations (Figure V).

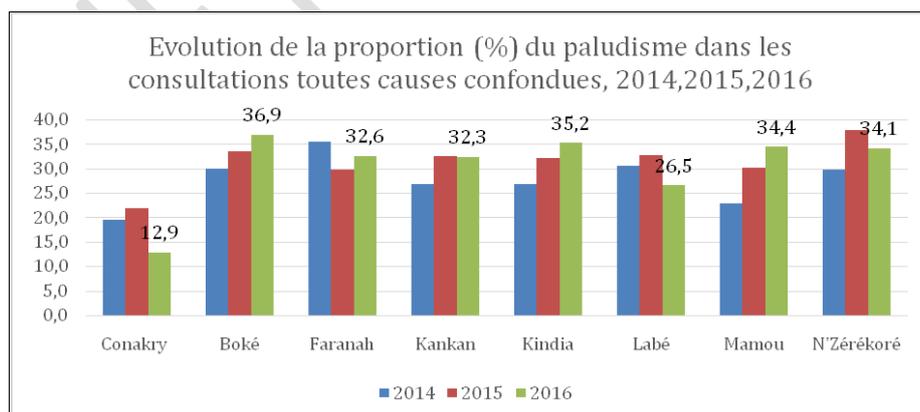


Figure V : Evolution de la proportion de paludisme dans les consultations en fonction des régions en Guinée, 2014-2016.

En 2015 et 2016, l'augmentation de la part du paludisme dans la morbidité générale pourrait s'expliquer par le diagnostic de présomption au niveau communautaire recommandé par l'OMS avec la survenue de l'épidémie d'Ebola et par la complétude des rapports qui s'est nettement améliorée.

Quelle que soit l'année, c'est dans la région de Conakry que la place du paludisme dans les consultations est la plus faible. La part du paludisme dépasse le quart de consultations dans toutes les autres régions. Les proportions les plus élevées a été observée à Faranah en 2014 (35,4%), Nzérékoré en 2015 (37,8%) et Boké en 2016 (36,9%).

L'évolution mensuelle du nombre de cas dans les structures sanitaires de 2014 à 2016 (Figure VI), montre des pics entre les mois de juin et novembre de chaque année.

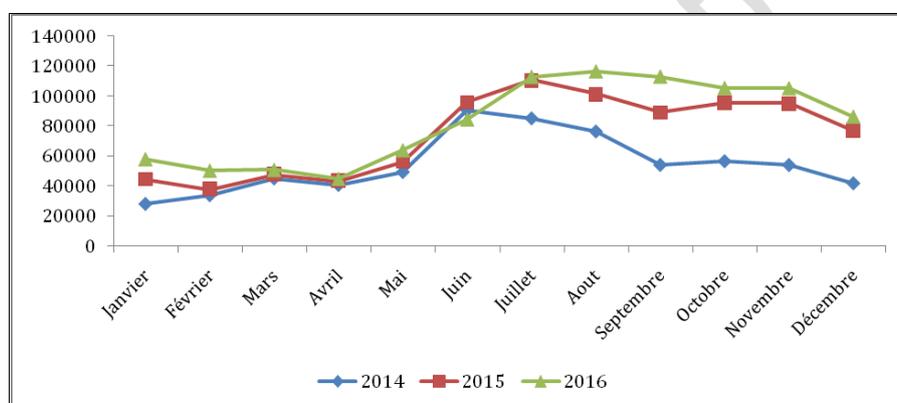


Figure VI : Evolution mensuelle du nombre de cas de paludisme de 2014 à 2016 en Guinée

Les données de morbidité chez les groupes vulnérables (enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes) sont présentées dans les graphiques ci-après.

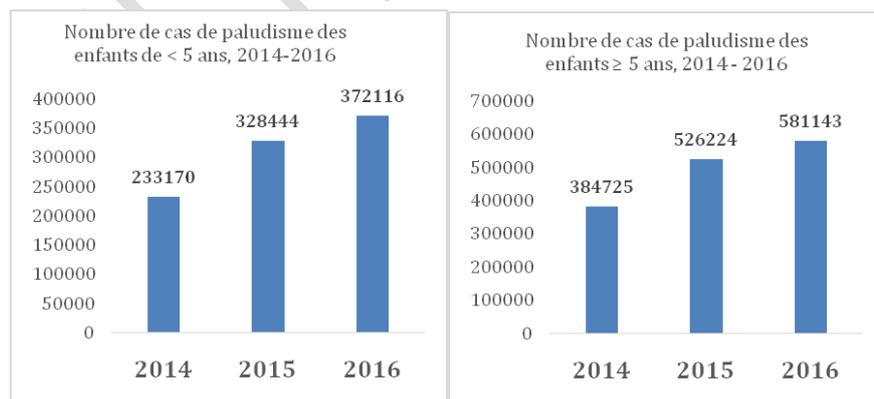


Figure VII : Répartition des cas de paludisme par tranche d'âge de 2014 à 2016

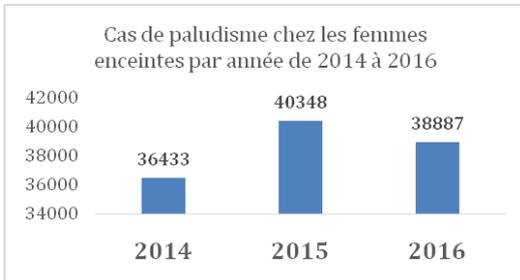


Figure VIII : Répartition des cas de paludisme des femmes enceintes de 2014 à 2016

L'augmentation du nombre de cas de 2014 à 2016 s'expliquerait par la conjonction de deux facteurs : la suspension du diagnostic par les TDR d'une part et d'autre par l'amélioration de la complétude des données qui est passé de 30% en 2013 à 99% en 2016.

Ainsi, la répartition par tranche d'âge des cas de paludisme de 2014 à 2016 montre que la maladie touche toutes les tranches d'âge. En moyenne, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes représentent respectivement 37% et 5% de l'ensemble des cas de paludisme Mortalité.

Durant la période 2014-2016, la notification des décès s'est améliorée. Le nombre de décès liés au paludisme enregistrés dans les structures de santé varie de 1066 en 2014 à 867 cas en 2016.

3.3 Revue du Plan stratégique de lutte contre le paludisme

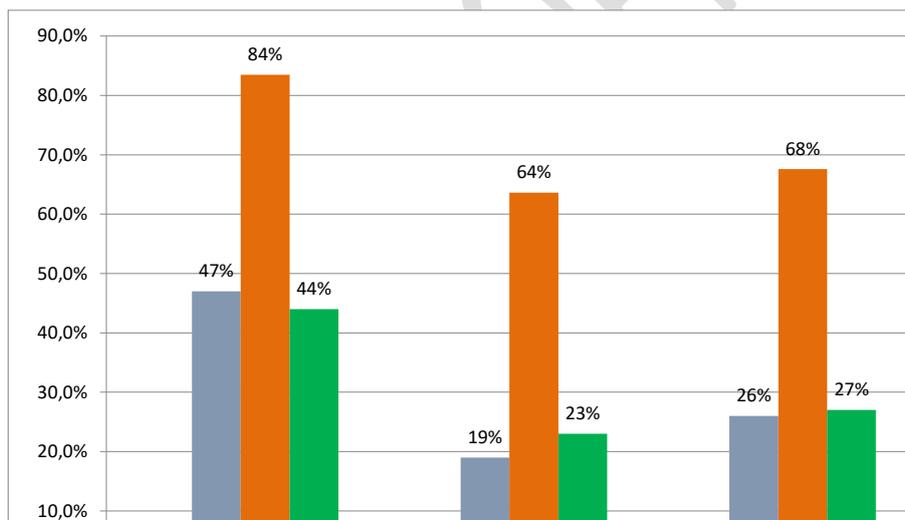
3.3.1 Principaux résultats de la lutte contre le paludisme

Le PSN 2013-2017 prévoyait de réaliser 425 activités dont 308 ont été réalisées soit 72% de performance. Les résultats obtenus sont présentés par stratégie.

- **Dans le domaine de la prévention** les stratégies retenues étaient la lutte antivectorielle (MILDA, PID et LAL) et les interventions spécifiques (TPIg, TPIh et CPS).

En ce qui concerne la lutte antivectorielle, deux campagnes de masse de distribution gratuite des MILDA ont été organisées en 2013 et 2016. Ces campagnes ont permis de distribuer 13 421 199 MILDA sur 13 178 260 prévues. Pour la distribution de routine 984 389 MILDA ont été distribuées entre 2015 et 2016 aux femmes enceintes et aux enfants de moins d'un an à travers les services de CPN et de PEV. L'évolution des indicateurs est présentée dans le ci-après.

Figure IX : Evolution des indicateurs de disponibilité et d'utilisation des MILDA en Guinée de 2005 à 2018



L'organisation des campagnes de distribution (2009, 2013, 2016) et la distribution en routine aux enfants de moins d'un an et aux femmes enceintes ont booster la disponibilité et amener la couverture en MILDA à un niveau acceptable ; En effet, la proportion de ménages disposant d'au moins une MILDA est passée de 0,5 % en 2005 (EDS 2005) à 83,5 en 2016 (MICS 2016). Selon l'EDS 2018 cette proportion est de 54%.

Cette disponibilité relativement acceptable et les actions de sensibilisation auraient contribué à augmenter sensiblement les niveaux d'utilisation des MILDA par les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Entre 2005 à 2016, la couverture de ces groupes vulnérables en MILDA est passée de 0,3% à 67,6% chez les enfants, et de 0,4% à 53,8 % chez les femmes

enceintes. L'utilisation des MILDA est retombée à 27 et 28% respectivement pour les enfants et les femmes enceintes.

La mise en œuvre des activités de TPI chez la femme enceinte a connu une amélioration avec un taux de couverture en TPI2 qui est passé de 18% en 2012 à 53% en 2016.

Selon l'EDS, le pourcentage de femmes qui ont pris au moins 3 doses de SP/Fansidar au cours de la dernière grossesse des deux années précédant chaque enquête, a augmenté entre 2005 et 2018, passant de 3 % en 2005 à 11 % en 2012 puis à 36 % en 2018. Au cours de la même période, le pourcentage de celles qui ont pris au moins deux doses de SP/Fansidar, est passé de respectivement 4 % à 23 % et à 63 % tandis que le pourcentage de celles qui ont pris au moins une dose, est passé de respectivement 4 % à 32 % et à 80 %.

Quant à la Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS), deux campagnes ont été organisées dans 8 districts sanitaires en 2015 et 2016. La proportion d'enfants ayant bénéficié des 4 passages étaient de 96 % en 2015, de 89 % en 2016, de 81% en 2017 et 86 en 2018.

La Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID), la Lutte Anti Larvaire (LAL) et le Traitement Préventif Intermittent chez le nourrisson (TPIIn) n'ont pas été mises en œuvre ces cinq dernières années. L'inexistence de directives et de plan de mise en œuvre sont les causes principales de la non réalisation de ces interventions.

- **Dans le domaine de la prise en charge des cas :**

La mise en œuvre du PSN 2013-2017 a abouti à la mise à échelle du diagnostic biologique par les TDR et du traitement par les CTA y compris le niveau communautaire. Pour la prise en charge des cas graves, les dérivés de l'Artémisinine ont été introduits dans les centres de santé (Artémether), dans les hôpitaux (Artésunate injectable) et au niveau communautaire pour le traitement pré-transfert (Artésunate suppositoire).

Ces efforts ont permis d'améliorer les indicateurs de prise en charge des cas notamment : i) le Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR et/ou GE) au niveau des formations sanitaires qui est passée de 20% en 2013 à 97% en 2016 ; ii) la proportion d'enfants de moins de 5ans ayant reçu un traitement antipaludique conforme aux normes nationales dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre qui est passée de 1% en 2012 à 59% en 2016.

L'impact des mesures de prévention et de prise en charge ont certainement contribué, entre autres facteurs, à la réduction notable de la prévalence parasitaire et à la baisse de la mortalité infanto juvénile (enfants de 0-5 ans) qui est passée de 163 pour mille en 2005, 122 pour mille en 2012 et 95 pour mille en 2016.

Il faut noter que ces résultats et impacts ont été obtenus grâce au renforcement du Suivi/Evaluation, de la communication pour le changement de comportement, du système d'approvisionnement et de la gestion Programme.

- **Dans le domaine du SE** la mise en œuvre des interventions prévues a permis d'améliorer la capacité du programme à générer des données de plus en plus fiables afin de renseigner les indicateurs. Les actions menées ont permis notamment l'amélioration de la collecte des données de routine avec une complétude et promptitude qui sont passées respectivement de 30% à 100% et de 15% à 96% entre 2013 et 2018. Aussi, la réalisation des enquêtes (CAP 2014, ENACIP 2015, MICS-2016, EDS 2018), des études et recherches opérationnelles (efficacité des antipaludiques, efficacité des MILDA, impact de Ebola sur la lutte contre le

paludisme) ont permis au programme de mesurer les indicateurs d'impact et de résultats et d'identifier les facteurs influençant la mise en œuvre des interventions.

- **Dans le domaine de l'IEC/CCC/Mobilisation sociale** on note : i) une amélioration des connaissances du paludisme par la communauté, de l'utilisation des services de prévention et de prise en charge du paludisme (MILDA, CPS, TDR, ...), ii) une meilleure implication des autorités et communautés dans la lutte contre le paludisme.

- **Dans le domaine de la gestion des achats et des stocks (GAS)** le Pourcentage des structures avec des ruptures de stock a fortement baissé passant de 47% en 2013 à 11% en 2017.

- **Dans le domaine de la gestion du programme** la performance s'est accrue grâce au recrutement de personnel qualifié (contractuel, points focaux districts), à la mise en place de structures de coordination fonctionnelles (comités RBM, groupes thématiques) au niveau central et régional, à l'amélioration de la gouvernance du leadership et du partenariat, à l'amélioration du cadre de travail (infrastructure/logistique), de la planification et du suivi des activités.

3.3.2 Situation du financement du programme

Dans le PSN 2013-2017, le budget était de 230 166 563 USD ; Il a été financé à hauteur de 176 438 247USD soit 82%. Eu égard aux difficultés de mobilisation et de décaissement des fonds enregistrés les années précédentes, ce résultat est très satisfaisant. L'écart de financement est essentiellement dû à l'absence ou l'insuffisance de mise en œuvre de certaines interventions telles que la pulvérisation intra domiciliaire, la lutte anti larvaire, la pharmacovigilance et le traitement préventif intermittent chez le nourrisson. On note également une très faible mobilisation des ressources internes notamment la contribution de l'Etat.

Les partenaires techniques et financiers ont appuyé la mise en œuvre du PSN à près de 77% du budget prévu. Le Fonds Mondial (52%) et PMI (38%) ont été les principaux bailleurs.

3.3.3 Principales faiblesses de mise en œuvre

Lutte antivectorielle

- Insuffisance dans la mise en œuvre de la distribution de routine (ruptures en MILDA, non-respect des directives par les agents, ...);
- Non implication des autres secteurs dans la distribution continue des MILDA (Communauté, écoles, les entreprises etc ...);
- Insuffisance dans la priorisation de la PID, la LAL et la gestion de l'environnement
- Insuffisance de personnel compétent au niveau national et des districts sanitaires pour suivre les interventions de lutte contre les vecteurs (techniciens entomologistes).

Interventions spécifiques

- Faibles couvertures en TPIg ;
- Forte déperdition entre TPI1 et TPI3.

Prise en charge du paludisme

- Faible intégration des interventions de PEC dans les structures privées et parapubliques (Armées, entreprises minières...);

- Non-respect des protocoles de prise charge des cas par certains prestataires surtout dans les hôpitaux ;
- Faible implication des institutions de formation (université, écoles de santé) dans la vulgarisation des protocoles de prise en charge du paludisme ;
- Les intervenants du niveau communautaires privilégient les aspects préventifs par rapport au curatif ;
- Existence de zones non couvertes par les RECO/ASC (zones enclavées, nombre d'RECO/ASC insuffisant).

Gestion des achats et des stocks

- Non-respect du circuit d'approvisionnement.
- Faible implication des districts dans la gestion des médicaments.
- Faible capacité de stockage des intrants au niveau des districts et formations sanitaires

Communication

- Insuffisance dans la communication sur certaines interventions (assainissement) et sur la gratuité des antipaludiques (traitement du paludisme simple gratuit alors que celui du paludisme grave est payant)
- Insuffisance de supports de communication dans les formations sanitaires par endroit
- Insuffisance de suivi des activités de visites à domiciles afin de mesurer leur impact sur les CAP des populations

Suivi/évaluation

Les principales faiblesses identifiées concernent l'insuffisance de la qualité des données et de la retro information à tous les niveaux, le faible niveau de mise en œuvre de la surveillance à base communautaire et la faible capacité des institutions de recherche à mener des études sur le paludisme.

Gestion du programme

Dans le cadre du suivi/orientation, certaines interventions n'obéissent pas à la politique nationale pour la coordination des efforts dans la lutte contre le paludisme. Il s'agit entre autres de la distribution des MILDA par les compagnies Minières et Pétrolières, des dons de produits antipaludiques aux structures sanitaires, etc.

On note une insuffisance dans l'effectivité de la multisectorialité et une faible appropriation de la lutte contre le paludisme au niveau central et opérationnel

Au niveau central, les autres départements ministériels, la société civile et même certaines directions ou programme du ministère de la sante ne sont pas suffisamment impliquées dans la lutte contre le paludisme.

Il n'existe pas de cadre formel de concertation avec ces structures ou ministère ce qui entraîne une duplication des efforts, une interférence des activités sur le terrain, une utilisation irrationnelle des ressources ou une insuffisance dans le ciblage des interventions. A titre d'exemple les services de santé militaire et la santé scolaire utilisent des modules de formation non valides par le PNLN pour la formation de leur cadre. Ces départements ne sont pas associés à l'élaboration des stratégies nationales de lutte contre le paludisme. Ceci entraîne un manque de capitalisation des efforts et contribution dans la lutte contre le paludisme.

Au niveau décentralisé, il ressort une insuffisance dans la planification et la coordination des activités de lutte contre le paludisme (coordination avec ONG locales/OCB/DPS, une faible

implication des CSH dans la gestion de la lutte contre le paludisme au niveau des centres de santé et l'absence d'harmonisation de la motivation des ASC

Les pratiques de leadership, management et gouvernance qui devaient constituer le socle de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme sont quasi absentes dans les régions et districts.

Malgré la mise en place de comités régionaux et préfectoraux, leur fonctionnement constitue encore un défi majeur à cause de l'absence de moyens pour la mise en œuvre leur plan d'action.

La difficulté de mobiliser les fonds de contrepartie des interventions de lutte contre le paludisme constitue une limite pour la mobilisation des financements extérieurs, tel que le Fond Mondial. Certains DRS et DPS affirment n'avoir pas suffisamment d'information sur le budget alloué aux activités de lutte contre le paludisme dans leur zone.

Cependant malgré l'existence d'un plan d'approvisionnement, certains donateurs/institutions achètent des intrants et les distribuent aux formations sanitaires sans passer par le PNLP. Le non-respect de la gratuité des intrants par certains prestataires limite l'accès des soins aux patients.

3.4 Défis du programme

En dépit de la faible performance du système de santé, durement éprouvé par l'épidémie à virus Ebola, le défi majeur du PNLP pour les cinq prochaines années (2018-2023) est d'aller vers la pré-élimination du paludisme. Il s'agira d'une part de capitaliser les acquis du PSN 2013-2017 et d'autre part d'identifier et de mettre en œuvre des interventions novatrices à haut impact dans tous les domaines de la lutte contre le paludisme.

Dans le domaine de la Lutte Antivectorielle Vectorielle (LAV) :

- Poursuivre la distribution des MILDA en campagne (2019 et 2022) et en routine
- Développer d'autres canaux de distribution : scolaire, communautaire, ... ;
- Développer des interventions d'assainissement du milieu en collaboration avec les communes, le ministère de l'environnement, les ONG/OBC, entreprises minières... ;
- Réaliser des études de faisabilité de la PID et mettre en œuvre des projets pilotes en relation avec les institutions de recherche et les entreprises minières ;
- Mener des études entomologiques afin d'établir la cartographie des vecteurs (distribution spatiale, infectiosité et sensibilité des vecteurs aux insecticides) ;
- Réaliser des études de la saisonnalité des vecteurs (dynamique populationnelle dans quatre (4) en 2020 neuf (9) sites sentinelles à partir de 2021) ;
- Renforcer les capacités techniques pour l'amélioration du fonctionnement du laboratoire de biologie moléculaire (formation, équipement, réactifs) en vue de la caractérisation et la détermination des mécanismes de la résistance des vecteurs ;
- Réaliser des investigations entomologiques dans les districts sanitaires ;
- Contribuer à la mise en place et fonctionnement des sites sentinelles intégrés ;
- Partager les bonnes pratiques et les résultats des études entomologiques.

Dans le domaine de la Prise en Charge des Cas de paludisme (Diagnostic et traitement) :

- Pour le secteur public il s'agira de renforcer la qualité de la prise des cas simples et graves notamment dans les hôpitaux, renforcer la prise en charge communautaire

(PECADOM) en prenant en compte les effets de l'épidémie à virus Ebola, renforcer la collaboration entre les ONG et les structures de santé ;

- Poursuivre et renforcer l'intégration du secteur parapublic (services de santé des armées, entreprises parapubliques) et du secteur privé (entreprises minières...);
- Renforcer la collaboration avec les autres programmes de santé pour l'harmonisation des interventions sur le terrain.

Dans le domaine des interventions spécifiques de prévention :

- Poursuivre et mettre à échelle dans les zones éligibles la Chimio-prévention du paludisme ;
- Renforcer les interventions permettant d'atteindre la couverture en TPI3 en collaboration avec les services de la Santé de la Reproduction avec l'implication des acteurs communautaires (ASC, ONG/OBC, COSAH).

Dans le domaine de l'IEC/CCC/Mobilisation sociale :

- Poursuivre et renforcer les activités de communication au niveau communautaire avec les RECO/ASC/ONG/OBC et les Groupes d'Action Communautaire (GAC) ;
- Développer de nouvelles activités vers les écoles, les religieux, le secteur privé en collaboration avec les ministères de la communication, de l'environnement, de l'éducation, de la promotion féminine et de l'enfance ;
- Améliorer la visibilité des interventions du programme (JMLP, affiches, spots, t-shirts...).

Dans le domaine du SE :

- Améliorer la qualité des données à travers la révision des outils de collecte, la formation du personnel, la supervision, les audits de qualité des données, les retro-informations et les revues périodiques ;
- Renforcer le système de Surveillance sentinelle pour collecter des données sur l'efficacité des antipaludiques, sur la sensibilité des vecteurs et sur la morbidité et la mortalité ;
- Réaliser les enquêtes, investigations et recherches opérationnelles devant permettre de mesurer l'efficacité et l'impact du programme mais aussi d'améliorer les prises de décisions les changements sur les stratégies de lutte.

Dans le domaine de la gestion des achats et des stocks (GAS) :

- Améliorer la chaîne d'approvisionnement en termes de quantification des besoins, de renforcement des capacités de stockage et de distribution des intrants au niveau des districts, des formations sanitaires et des acteurs communautaires ;
- Améliorer le système d'information et de gestion logistique : le suivi des commandes, le suivi des stocks à travers entre autres les supervisions, les EUV, les contrôles et inspection.

Gestion du programme

A travers ce nouveau plan stratégique, le PNLN va intensifier la coordination, la planification, le partenariat, la gestion des ressources, le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et la gouvernance.

Ainsi, sur le plan de coordination, les réunions des comités de suivi RBM (national, régionaux, préfectoraux) et les rencontres des groupes thématiques seront poursuivies et élargies à d'autres secteurs ou ministères intervenant dans la lutte contre le paludisme.

Dans le domaine de la gestion des ressources humaines, le programme national va maintenir le personnel contractuel et les points focaux des districts et des régions et recrutera d'autres cadres ; il poursuivra aussi les formations diplômantes des cadres en fonction des besoins identifiées par la revue des performances du programme.

La régularité et la fréquence des plans d'action (annuels, trimestriels et mensuels) seront maintenues grâce au leadership du PNLP et impliquera toutes les parties prenantes.

Le partenariat amorcé depuis 2016 avec le secteur privé et la chambre des mines de Guinée sera renforcé et élargi à d'autres ministères comme celui de l'environnement, de l'enfance, de la communication, de l'éducation nationale et de la défense.

Le programme de développement de leadership mis en œuvre au niveau du PNLP et dans deux districts sera élargi à toutes les régions ; il visera à renforcer la transparence, la redevabilité, la responsabilisation et la gestion de l'information. Ces activités concerneront le PNLP et toutes les parties prenantes y compris les structures sanitaires, les COSAH et le niveau communautaire.

Les équipements et le fonctionnement du programme seront aussi assurés régulièrement par l'Etat et les Partenaires.

Toutes ces interventions seront adossées sur les plans de mobilisation des ressources, de renforcement des capacités et d'assistance technique. Elles feront l'objet d'un suivi périodique et d'une évaluation annuelle qui impliqueront les services centraux du ministère de la santé, le PNLP, les partenaires et les DRS/DPS.

4 CADRE STRATEGIQUE DU PSN

Le présent Plan Stratégique couvre une période de cinq ans (2018-2023). Sur le plan national il est en phase avec le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté pour la Croissance (DSRP), les orientations de la Politique Nationale de Santé, les axes stratégiques du Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024 et la politique nationale de lutte contre le paludisme. Sur le plan internationale, ses objectifs sont en adéquation avec les Objectifs de Développement Durable (ODD) 2016-2030 des Nations Unies, le Document de Stratégie Technique Mondiale de Lutte contre le Paludisme 2016- 2030 de l’OMS, le document « Action et investissement pour vaincre le paludisme 2016-2030 » de RBM et les objectifs de lutte contre le Paludisme de la CEDEAO.

4.1 Vision

La vision du programme en matière de lutte contre le paludisme est : « **Une Guinée sans paludisme pour un développement socioéconomique durable** ».

4.2 Mission

La mission du PNLP est d’assurer à toute la population un accès universel à des services de prévention et de prise en charge du paludisme de qualité conformément à la politique nationale de santé.

4.3 Principes directeurs et valeurs

Conformément à la politique nationale de santé, la politique de lutte contre le paludisme se base sur des principes et des valeurs universels à savoir, la justice sociale, la solidarité, l’équité, l’éthique, la probité et la qualité. Ces principes directeurs se basent sur la bonne gouvernance, l’approche genre, le respect des évidences scientifiques et des recommandations internationales dans le choix des interventions de lutte contre le paludisme. Ces principes directeurs et valeurs répondent aux différents engagements pris par le pays dans le cadre de la lutte contre la maladie en particulier le Paludisme.

4.4 Orientations stratégiques et priorités

Conformément à la politique nationale de lutte antipaludique (LAP), les stratégies de lutte contre le paludisme sont adaptées aux différents faciès épidémiologiques de la maladie.

Le plan stratégique 2018-2023 développent des stratégies pour faire face aux priorités suivantes :

- Assurer un accès universel à des mesures efficaces de prévention du paludisme pour toute la population, notamment les MILDA, le TPI chez la femme enceinte et la prévention chez l’enfant (CPS) ;
- Assurer la confirmation biologique (TDR ou microscopie) de tous les cas suspects et la prise en charge correcte de tous les cas de paludisme vus dans les formations sanitaires (publiques, parapubliques, confessionnelles, associatives et privées) et dans la communauté ;

- Renforcer le système de surveillance épidémiologique du paludisme et la riposte aux épidémies éventuelles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire ;
- Assurer la disponibilité des intrants destinés à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme à tous les niveaux ;
- Renforcer le suivi et l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme, à travers un système fonctionnel permettant la récolte et l'analyse des données de qualité et la prise de décision à tous les niveaux ;
- Renforcer la recherche opérationnelle sur le paludisme ;
- Renforcer la communication pour le changement de comportement des populations en vue de l'utilisation accrue des services de prévention et de prise en charge du paludisme ;
- Renforcer les capacités de coordination et de gestion du programme à tous les niveaux ;
- Renforcer le partenariat dans le pays pour la mobilisation d'un financement substantiel à travers le budget de l'Etat, du secteur privé, des partenaires au développement ;
- Renforcer la collaboration inter-pays et sous régionale en matière de lutte contre le paludisme.

4.5 But du Plan Stratégique

D'ici la fin 2023, amener le pays vers la pré-élimination en réduisant la morbidité et la mortalité liées au paludisme de 50 % par rapport à 2016.

4.6 Objectifs du Plan stratégique

- Assurer la protection d'au moins 90 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme.
- Assurer une prise en charge correcte et précoce d'au moins 90% des cas de paludisme.
- Renforcer les capacités de gestion, de partenariat, de coordination, de communication et de SE du Programme de lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

4.7 Résultats attendus du Plan stratégique

D'ici fin 2023 :

- Au moins 90% de la population à risque de paludisme utilisent les MILDA ;
- Au moins 90% des enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées pour la chimio prévention saisonnière du paludisme ont bénéficié d'une protection ;
- Au moins 60% des femmes enceintes ont bénéficié d'une protection par le TPI3 au cours de leur grossesse ;
- Au moins 90% des populations des zones ciblées par la PID ont bénéficié d'une protection ;
- Au moins 90% des cas suspects de paludisme sont testés dans les formations sanitaires et au niveau communautaire.
- Au moins 90% des cas de paludisme simple sont traités avec un antipaludique efficace dans la communauté conformément aux directives nationales ;
- Au moins 90% des cas de paludisme (simples et graves) sont traités avec un antipaludique efficace dans les formations sanitaires conformément aux directives nationales ;
- Au moins 90% des structures sanitaires et communautaires disposent des intrants antipaludiques pour la prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme ;

- Au moins 90% de la population appliquent les mesures de prévention recommandées contre le paludisme ;
- Le système de Suivi/Evaluation est capable de générer les données de qualité pour renseigner les indicateurs de SE du Programme à tous les niveaux ;
- Au moins 90% des formations sanitaires publiques et privées fournissent des rapports fiables sur le paludisme ;
- Au moins 90% des structures communautaires impliquées fournissent des rapports fiables sur le paludisme ;
- Au moins 90% des situations d'urgence et d'épidémies de paludisme sont détectés et ont reçu une réponse adéquate conformément aux directives nationales ;
- Les capacités de gestion et de coordination du programme sont renforcées à tous les niveaux.

NE PAS COPIER

5 CADRE DE MISE EN OEUVRE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL.

5.1 Description des interventions de lutte

Ce chapitre fournit, pour chaque objectif du PSN, les stratégies retenues et une description détaillée des interventions qui seront mises en œuvre les cinq six prochaines années.

5.1.1 Objectif 1 : Assurer la protection d'au moins 90 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme.

Pour atteindre cet objectif, la lutte contre les vecteurs du paludisme sera la principale stratégie à mettre en œuvre. Elle est axée sur la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), la Pulvérisation intra-domiciliaire (PID) et la lutte anti larvaire (LAL).

5.1.1.1 Lutte Antivectorielle

a) La distribution des MILDA :

Conformément aux directives de l'OMS, la promotion de l'utilisation des MILDA s'articulera principalement autour de la distribution des MILDA en campagne (2019 et 2022) et de la distribution continue.

- **Distribution de MILDA en campagne de masse**

Cette distribution sera mise en œuvre à travers l'organisation de deux campagnes nationales de distribution universelle de MILDA en 2019 et en 2022. Pour la mise en œuvre de ces campagnes il sera procédé à l'acquisition des MILDA, la production d'outils, l'approvisionnement en matériels, la mise en place des comités de suivi à tous les niveaux, la formation, la supervision des acteurs, la micro planification, le dénombrement de la population, la distribution des MILDA, la sensibilisation de la population (avant, au cours et après) et à l'évaluation des résultats de la campagne. Ces campagnes se dérouleront en plusieurs phases. Elles tiendront compte de certains événements spéciaux et de la période pluvieuse (au plus tard en fin avril).

- **Distribution Continue des MILDA** la distribution de routine aux femmes enceintes (CPN) et aux enfants de moins d'un an (PEV) sera poursuivi. Pour toucher les populations défavorisées et les zones enclavées et maintenir la couverture universelle en MIDA obtenue après les campagnes, d'autres canaux de distribution continue des MILDA seront développés. Il s'agit de la distribution à travers les postes de santé, l'école et la communauté. Le partenariat sera renforcé avec la Santé de la Reproduction, le Programme Elargie de Vaccination, le Ministère de l'Education, le Ministère de l'Action Sociale et de la promotion féminine, le secteur public, le secteur privé, la société civile et les communautés à la base.

Le PNLP en collaboration avec les partenaires va élaborer le plan de mise en œuvre intégrant les différents canaux de distribution avec l'appui d'un Consultant National/International. Des expériences pilotes seront développés et les résultats seront capitalisés pour la mise à l'échelle.

Les différents canaux qui seront retenus sont les suivants :

- **Canal Sanitaire** : les moustiquaires seront distribuées gratuitement aux femmes enceintes et aux enfants de moins d'1 an reçus respectivement pour la consultation prénatale (CPN) et la première vaccination (PEV). Cette activité sera réalisée au niveau des Centres de Santé, les Postes de Santé, les Centres Médicaux Communaux (CMC), le secteur privé et au cours des stratégies avancées.
- **Canal Communautaire** : Des organisations communautaires de bases seront identifiées en fonction des critères bien définis pour assurer le renouvellement des MILDA usées dans les ménages. Suite aux conclusions du projet pilote réalisé dans deux districts sanitaires (Dubreka, Forécariah), des carnets seront produits et distribués aux ménages pour le suivi de la disponibilité, de l'utilisation et le remplacement des MILDAs usagées. Les associations et les entreprises pourraient contribuer à cette distribution communautaire dans des situations spécifiques (épidémies ou recrudescence, catastrophe naturelle, réfugiés...).
- **Canal Scolaire** : Les MILDA seront distribuées gratuitement aux élèves du primaire suivant une procédure et des mécanismes qui seront développés en collaboration avec la Direction de la Santé Scolaire et le ministère chargé de l'enseignement primaire.
- **Canal privé** : Dans le cadre de la promotion de l'utilisation des MILDA, les moustiquaires pourront être livrées à partir des officines privées et les grandes surfaces suivant des mécanismes spécifiques. Ces moustiquaires devront être obligatoirement des Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'Action et devront porter une mention qui les distingue de celles distribuées dans les districts sanitaires et lors des campagnes.

b) La pulvérisation intra domiciliaire (PID) :

Pour le PSN 2018-2023, la PID se limitera aux études de faisabilité et à la mise en œuvre des projets pilotes en relation avec les institutions de recherche et les entreprises minières. Les documents normatifs (Normes et procédures, plan de mise en œuvre) seront élaborés et disséminés.

Des études entomologiques, environnementales et épidémiologiques seront menées dans les différentes strates épidémiologiques par les institutions de recherche avec l'appui des partenaires techniques pour déterminer les zones éligibles, les insecticides à utiliser et les modalités de mise en œuvre. Un renforcement de capacités de l'unité de Lutte Antivectorielle du PNLP (ressources humaines, formation, équipement) et des agences de mises en œuvre (ONGs, PME...) sera réalisé.

En ce qui concerne les projets pilotes ils seront mis en œuvre dans les zones identifiées en partenariat avec la chambre des mines avec une forte implication des collectivités décentralisées et de la société civile. Les principales activités à mener seront : une étude de base pour identifier les zones à cibler, une évaluation environnementale, la sélection de l'insecticide, la construction des aires de décontamination, l'identification des structures à pulvériser et des magasins de stockage, l'acquisition des intrants, le suivi entomologique, la formation et la supervision.

L'opération de pulvérisation sur le terrain sera contractualisée avec des structures compétentes.

c) La lutte anti-larvaire (LAL)

La lutte anti-larvaire mettra l'accent sur la promotion de l'hygiène et de l'assainissement, la destruction et le traitement des gîtes larvaires. Le volet recherche opérationnelle sera aussi développé en parallèle.

Les Documents normatifs (Normes et procédures) notamment sur la gestion des gîtes larvaires seront élaborés en collaboration avec les ministères concernés (Environnement, Agriculture, Décentralisation, Mines...) avec l'appui technique des partenaires et seront disséminés à tous les acteurs (ONG/OCB, collectivités locales, PME).

En collaboration avec les services compétents (Ministères, Communes...), le PNLP apportera un appui technique, financier et matériel aux activités d'assainissement développées au niveau communautaire par les OCB, les ONGs locales et les PME suivant un plan d'action élaboré par les communautés.

Les unités prévention et communication du PNLP contribueront à développer des approches communautaires d'assainissement du milieu de vie des populations en collaboration avec les services compétents et la société civile.

5.1.1.2 Les interventions spécifiques.

Les deux interventions spécifiques (CPS et TPIg) ayant prouvées leur efficacité, seront poursuivies et renforcées.

a) Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte (TPI)

Le TPI chez la femme enceinte sera mis en œuvre à tous les niveaux du système de santé. La Sulfadoxine - Pyriméthamine est gratuite et doit être administrée en prise supervisée au cours de la CPN à partir de la 13^{ème} semaine jusqu'à l'accouchement. Elle sera donnée à raison d'au moins 3 doses de 3 comprimés au cours de la grossesse espacées d'au moins un mois entre deux prises.

Le nouveau plan stratégique 2018-2023 mettra un accent particulier sur l'amélioration du taux de couverture en TPI3 à travers :

- La motivation et l'augmentation de façon progressive du nombre d'ASC par centre de santé (de 10 à 20) pour la recherche active, la sensibilisation et la référence des femmes enceintes vers les services de santé ;
- L'introduction de stratégies innovantes pour la sensibilisation et la recherche active des femmes enceintes (téléphonie mobile et SMS pour le rappel des RDV, communicateurs traditionnel, tradithérapeutes) ;
- La dotation des postes de santé en kit de prise supervisée de la SP ;
- Le renforcement de la collaboration avec la Division de la santé de la reproduction notamment en matière de formation des acteurs et de supervision.

b) Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS)

Au cours de la mise en œuvre du plan stratégique 2018-2023, une campagne CPS sera organisée par an. Ces campagnes couvriront les treize (13) districts sanitaires éligibles. Pour chacune de ces campagnes, une macro planification permettra de déterminer les axes de mise en œuvre suivie d'une microplanification dans chaque district afin de déterminer les ressources nécessaires.

Des études de faisabilité seront réalisées dans les districts sanitaires proches de la zone couverte pour évaluer l'éligibilité éventuelle de nouveaux districts ainsi que l'extension de la stratégie à la tranche d'âge de 5 à 10 ans.

Des activités de pharmacovigilances seront réalisées pour le suivi et la prise en charge des effets secondaires.

5.1.2 Objectif 2 Assurer une prise en charge correcte et précoce d'au moins 90% des cas de paludisme.

5.1.2.1 La prise en charge des cas de paludisme

La stratégie de prise en charge du paludisme comprendra le diagnostic biologique de tous les suspects identifiés et le traitement efficace et précoce des cas dans les formations sanitaires et au niveau communautaire.

a) Prise en charge au niveau des formations sanitaires

Au niveau des formations sanitaires le Programme poursuivra le renforcement des capacités des prestataires à tous les niveaux, l'équipement des laboratoires en microscopes et réactifs et le suivi régulier de l'exécution des activités.

L'accent sera mis sur l'extension de la prise des cas à travers l'intégration de 961 postes de santé, 60 structures de santé militaire, 50 infirmeries scolaires et universitaires et 50 structures privées, confessionnelles et associatives. Ces structures seront renforcées en termes de formation, approvisionnement en intrants antipaludiques (CTA, TDR), suivi post formation, supervision.

Afin d'améliorer la qualité des formations des prestataires il sera procédé à la formation d'un pool de formateurs de haut niveau provenant des Centres Hospitalo-Universitaires et des hôpitaux (pédiatres, gynécologues et généralistes). A cet effet, 160 cadres seront formés par niveau (17 du niveau central, 143 du niveau régional) sur la lutte contre le paludisme en prenant en compte les aspects andragogiques. Cette formation sera contractualisée avec des consultants spécialisés dans la lutte contre le paludisme.

Des stratégies spécifiques seront mises en œuvre pour améliorer la qualité de la prise en charge des cas au niveau des hôpitaux. Elles porteront sur :

- Le plaidoyer auprès des responsables des hôpitaux pour l'adhésion aux directives nationales de prise en charge des cas ;
- Le renforcement des capacités des prestataires des hôpitaux (suivi post formation, coaching, supervision, journées scientifiques) ;
- Le suivi rapproché des activités à travers notamment le monitoring et les supervisions par les pairs ;
- L'approvisionnement régulier en intrants antipaludiques pour éviter les ruptures de stock.

Par ailleurs, la collaboration avec les autres services et programmes impliqués dans la prise en charge des cas (PCIMNE, Direction des établissements de soins, Direction de la Pharmacie et Médicaments, Direction du Laboratoire) sera améliorée à travers leur implication dans l'élaboration des documents normatifs, le renforcement des capacités des prestataires, le suivi des activités et la supervision des acteurs.

Des actions seront menées pour la prise en compte des directives de la lutte contre le paludisme dans les curricula de formation ainsi que dans les programmes de recherche des universités, les écoles de santé et les institutions de recherche.

a) Diagnostic et traitement au niveau communautaire

Eu égard à la faiblesse du système de santé, le plan stratégique 2018 -2023 mettra un accent particulier sur l'amélioration de la prise en charge du paludisme au niveau communautaire à travers le renforcement de la prise en charge des cas à domicile (PECADOM) en collaboration avec les Programmes et Institutions compétentes (Direction de la Santé Communautaire, PCIMNE, VIH/SIDA, Tuberculose...).

A cet effet, les actions ci-après seront développées :

- Augmentation du nombre d'agents de santé communautaires en passant de 10 par centre de santé en 2017 à 15 en 2018 et 20 en 2019 soit au total 8240 qui seront utilisés, entre autres, dans la lutte contre le paludisme (Prise en charge des cas, prévention, sensibilisation).
- Amélioration de la motivation des RECO et Agents de Santé communautaires ;
- Approvisionnement régulier en médicaments et autres intrants (kit de prise en charge) ;
- Renforcement des capacités des acteurs communautaires à travers la formation, le suivi post-formation, la supervision et la fourniture de matériels et équipements ;
- Renforcement du suivi des activités communautaires par les Centre de santé en collaboration avec les ONG et les OCB.

5.1.3 Objectif 3_Renforcer les capacités de gestion, de partenariat, de coordination, de communication et de SE du Programme de lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

5.1.3.1 Approvisionnement et système de gestion des achats et des stocks

Afin d'assurer à toute la population un accès universel à une prévention et une prise en charge du paludisme de qualité, il est indispensable d'avoir une disponibilité permanente en intrants au niveau de tous les points de prestation de services y compris la communauté. Pour obtenir ce résultat, un plan de Gestion des Achats et des Stocks (GAS) sera élaboré et mis en œuvre par le PNLP en collaboration avec la centrale d'achat des médicaments et tous les partenaires du programme en vue de répondre aux insuffisances identifiées. Ce plan sera développé conformément au cycle de gestion des médicaments.

a) Sélection

La sélection des intrants antipaludiques est faite sur la base de la liste nationale des médicaments essentiels conformément aux protocoles nationaux de prise en charge et de prévention. Cette sélection tiendra compte des spécificités constatées au cours des différentes évaluations en matière de diagnostic, prévention, traitement ainsi que des recommandations nationales et internationales (OMS).

b) Estimation des besoins

Dans le plan stratégique 2013-2017, les estimations des besoins en matière de PEC étaient basées sur les épisodes fébriles par tranche d'âge. Cette base de calcul qui ne tenait pas compte du taux d'utilisation des services (24% en 2012, EDS) a occasionné une surestimation des besoins.

A partir de 2016, deux méthodes de quantification basées sur des données disponibles et exploitables (morbidity et consommation) ont été utilisées. Depuis 2018, la méthode basée sur

les statistiques de service est également utilisée en addition aux deux premières. La quantification a abouti à un plan d'approvisionnement qui sera actualisé tous les 3 mois et une revue globale est prévue annuellement. Ces révisions permettront de mettre à jour les besoins du pays à différents niveaux sur la base des consommations réelles des différents intrants.

c) Acquisition

. Les achats seront réalisés par les structures spécialisées du MS (Pharmacie centrale de Guinée) ou par les agences d'exécution des principaux bailleurs de fonds après validation des spécifications techniques et des quantités par le programme national de lutte contre le paludisme. Toutes les acquisitions seront faites sur la base du plan d'approvisionnement.

La coordination des acquisitions est assurée par le PNLP avec l'appui de la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament.

d) Stockage et distribution

Dans le cadre de l'amélioration de la disponibilité et l'accessibilité des médicaments, le système de panier commun sera maintenu et consistera à la mise en commun des produits réceptionnés et à leur distribution suivant les besoins exprimés par les formations sanitaires.

Le stockage et la distribution des intrants antipaludiques seront assurés par la PCG. Les frais sont pris en charge par le gouvernement et les partenaires conformément aux accords signés.

La PCG à travers ses dépôts régionaux assure le transport jusqu'au niveau des formations sanitaires. La PCG procède trimestriellement à des inventaires physiques des stocks en collaboration avec le groupe technique GAS. Les structures de santé (centres de santé, hôpitaux, structures privées) seront approvisionnées en antipaludiques et autres intrants sur la base de la commande trimestrielle par le dépôt régional de la PCG. Les commandes de ces structures sont validées et transmises par la direction préfectorale de la santé aux dépôts régionaux de la PCG. Des activités de suivi périodiques seront assurées par le PNLP auprès de la PCG et de ses dépôts régionaux pour s'assurer de la satisfaction des commandes des formations sanitaires et de la gestion adéquate des intrants antipaludiques.

Les postes de santé et les ASC sont approvisionnés par allocation au niveau des centres de santé.

e) Dispensation

La dispensation des médicaments se fera au niveau des points de prestations constituées par les formations sanitaires (publiques, parapubliques, associatives, confessionnelles et privées) et le niveau communautaire (ASC, RECO). Ces points de dispensation constituent le dernier maillon de la distribution des médicaments.

f) Système d'information logistique

Les informations sur la gestion de stock (niveau de stock, consommation) des formations sanitaires sont transmises mensuellement à travers les directions préfectorales/communales de santé au PNLP. Avec la mise en place du système intégré d'information logistique, les données seront partagées mensuellement à travers une plateforme harmonisée (e-SIGL) pour tous les programmes de santé et certaines directions de santé.

En appui au système intégré d'approvisionnement, le PSN 2018-2023 contribuera au renforcement des capacités des services concernés du Ministère de la Santé :

- La Direction Nationale des Pharmacies et du Médicaments (DNPM) ;
- Le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments (LNCQM) ;

- L'Inspection Générale de la Santé (IGS) ;
- La Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) ;
- Les Directions Préfectorales/Communales de la Santé (/DPS/ DCS).

g) Axes d'intervention pour le renforcement de la GAS.

Les axes d'intervention ci-après seront pris en compte dans le renforcement de la chaîne d'approvisionnement :

- **Quantification des produits antipaludiques**

La quantification des produits antipaludiques sera effectuée à travers l'organisation d'un atelier annuel qui va regrouper le PNLP, la centrale d'achat, les services compétents des Ministères de la Santé, du budget et l'ensemble des partenaires qui appuient le Programme.

- **Amélioration de la gestion des stocks à travers les actions ci-après :**

i) L'Inspection Générale de la Santé procèdera à des missions de contrôle dans les formations sanitaires et les magasins de la PCG pour s'assurer de la bonne gestion, la sécurité des intrants et du respect de la politique de gratuité des intrants antipaludiques.

ii) l'augmentation des capacités de stockages des formations sanitaires à travers la réhabilitation des magasins de stockage des FOSA, de la PCG et si nécessaire dans les DPS/DCS.;

iii) l'organisation de l'enquête 'EUV' tous les 6 mois pour s'assurer de la disponibilité et de l'utilisation rationnelle et sécurisée des intrants antipaludiques au niveau périphériques ; Cette enquête consistera à faire un échantillonnage des formations sanitaires dans quelques districts sur la base des résultats d'analyse des rapports d'activités mensuelles, de supervisions et des données épidémiologiques et logistiques. Ces enquêtes seront mises à profit pour faire la comparaison entre les données épidémiologiques et logistiques, apprécier la qualité des ressources humaines, de la prise en charge, de la gestion logistique, de la gestion des outils et la qualité des données rapportées.

iv) La formation/Recyclage des gestionnaires de stock des districts et des formations sanitaires afin de les rendre capable de gérer les intrants sans risquer les ruptures ou les surstocks.

v) A l'issu de l'analyse des données de rapportage mensuel, le PNLP procédera en collaboration avec les partenaires à des visites ciblées de vérification, de résolution de problèmes et de renforcement de capacités dans les formations sanitaires à problèmes. Cette visite sera suivie de restitution au niveau de la région et du district.

- **Renforcement du système de pharmacovigilance**

Malgré les efforts consentis pour l'amélioration du système de pharmacovigilance, la notification des effets indésirables reste un problème crucial dans le traitement du paludisme en Guinée. Pour améliorer cette situation, le Programme collaborera avec la Direction Nationale des Pharmacies et du Médicament pour la mise en œuvre des activités de pharmacovigilance notamment l'élaboration/la mise à jour des outils, l'équipement, le renforcement des ressources humaines, la collecte, la transmission, l'analyse et la diffusion des données sur les effets indésirables. La mise en œuvre de ces activités permettra aux services de santé de mieux prendre en charge les effets indésirables et de fournir les

informations nécessaires pour réduire les erreurs de médication et améliorer les soins de santé. L'objectif ultime étant de contribuer à mettre en place un système de pharmacovigilance fonctionnel et performant touchant l'ensemble des produits de santé et couvrant l'ensemble du territoire national.

- **Renforcement de l'inspection générale de la santé.**

Il est à noter que les inspecteurs formés dans les années 90 n'ont pas été opérationnel à cause de l'ancrage du service d'inspection rattaché au cabinet du ministre, à la réduction progressive du nombre d'inspecteur, le manque de financement des activités.

Dans le cadre de l'amélioration de la gestion des intrants antipaludiques, le Programme appuiera ce service afin de veiller à la bonne gestion des intrants, au respect de la gratuité et à l'application stricte de la réglementation pharmaceutique. Cet appui portera sur :

- La logistique roulante (véhicule)
- Le financement des activités d'inspection
- La formation des pharmaciens à l'inspection pharmaceutique
- L'équipement (ordinateur et accessoires, équipement de bureau, etc...)
- La mise à jour des outils d'inspection.

- **Renforcement du système de contrôle de qualité**

Durant les dernières années, le système de contrôle de qualité a connu une évaluation de son fonctionnement par le projet de l'USAID-USP-PQM. Cette évaluation a identifié des insuffisances en termes de ressources humaines, matérielles et financières. Un plan de renforcement des capacités a été développé en collaboration avec le laboratoire national de contrôle de qualité (LNCQM) ainsi que la dotation en équipement (MINILAB, matériels informatiques, ...).

Dans le cadre de ce plan, afin d'assurer le contrôle de qualité continu des intrants, en particulier les antipaludiques, le PSN 2018-2023 prévoit d'appuyer le LNCQM dans l'approvisionnement continu en réactifs et en équipements, dans le renforcement des capacités des acteurs en maintenance des équipements et le renforcement des compétences techniques pour le bon fonctionnement du laboratoire.

- **Renforcement de la direction nationale des pharmacies et médicaments (DNPM)**

La DNPM est l'organe de régulation du secteur pharmaceutique. Par conséquent elle veille au respect de la politique pharmaceutique nationale. En vue de l'application des règles et procédures de gestion des médicaments, le PNL appuiera la DNPM dans la diffusion des procédures et le financement des activités de destruction annuelle des intrants antipaludiques périmés.

- **Renforcement de la pharmacie centrale de Guinée (PCG)**

Le renforcement de la PCG sera poursuivi en collaboration avec d'autres programmes et partenaires en termes de capacités d'achat, de stockage et de distribution des intrants au niveau central et des dépôts régionaux.

5.1.3.2 Communication pour le changement social et de comportement

Une réduction importante de la morbidité palustre a été observée ces dernières années en Guinée grâce aux efforts fournis par le Ministère de la Santé avec l'appui des partenaires. Pour maintenir et renforcer cette tendance il est important de développer des stratégies de communication plus efficaces et mieux ciblées pour promouvoir des comportements favorables et accroître ainsi l'utilisation des services préventifs, curatifs et promotionnels de lutte contre le paludisme.

Le renforcement de l'IEC/CCC se fera sur la base du plan de communication mis à jour selon les résultats de l'enquête MICS-palu 2016, de l'EDS 2018 et de l'Enquête CAP 2018 avec la participation des experts du Ministère de la Santé et des partenaires. Ce plan comportera :

- Une analyse de la situation qui fait ressortir les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces du système ;
- Les résultats attendus par rapport aux comportements souhaités ;
- Une définition des stratégies et interventions de communication à mettre en œuvre ;
- Les messages à diffuser ;
- Les outils, supports et canaux de communication ;
- Les ressources à mobiliser et les besoins spécifiques en fonction des situations et des zones ;
- Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre et des résultats obtenus.

Conformément aux recommandations du Groupe Travail Communication de RBM, le plan de communication prendra en compte l'évolution du concept IEC/CCC vers la Communication pour le Changement Social et de Comportement. Ceci pourrait contribuer à la prise en compte des facteurs, tels que les conditions socioéconomiques et politiques qui affectent le mode de vie et exercent une influence importante sur les changements.

Dans le but d'améliorer l'accès et la qualité des activités de CCSC réalisées au niveau communautaire, dans les formations sanitaires et par les médias, le renforcement des capacités des acteurs sera assuré à tous les niveaux. Un accent particulier sera mis sur les zones enclavées et sur le respect de la gratuité des intrants antipaludiques. Les stratégies novatrices comme, « leaders religieux et écoliers contre le paludisme » seront intensifiées pour assurer une large diffusion des messages de sensibilisation au sein de la communauté.

Afin de mesurer les résultats obtenus et d'adapter les stratégies de communication, une enquête CAP (connaissances, attitudes et pratiques) sur la lutte contre le paludisme sera réalisée tous les deux ans. A l'issue de cette enquête toutes les insuffisances notées feront l'objet d'actions correctrices et des ressources seront mobilisées pour leur mise en œuvre

La communication pour le changement social et de comportement reposera principalement sur les interventions ci-après : la communication interpersonnelle, les mass média, la mobilisation communautaire, sociale et le plaidoyer.

- **La communication interpersonnelle (CIP) :** portera sur les visites à domiciles (VAD), la paire éducation, les causeries éducatives et le counseling.

Les Relais Communautaires formés autour des centres de santé réaliseront les visites à domicile pour véhiculer les messages clés sur les stratégies de lutte contre le paludisme et se rassurer de l'adoption des comportements souhaités.

La stratégie Ecolier et Leaders Religieux contre le Paludisme sera mise à l'échelle et mettra un accent particulier sur la paire éducation au niveau des écoles et les lieux de cultes.

Les causeries éducatives se feront par les animateurs des ONG partenaires, les leaders OCB qui véhiculeront des messages sur la prévention et la prise à charge du paludisme auprès de leurs communautés en vue d'un changement social et de comportements durables.

Le counseling sur le paludisme se fera par les prestataires à l'endroit du patients/clients lors des consultations curatives et des activités préventives (CPN, PEV, Nutrition, ...).

- **La communication mass media** se fera sur la base d'un partenariat avec les médias à travers la conception, réalisation et diffusion de différents formats (spots, magazines, microprogrammes, émissions interactives, etc.) sur la prévention et la prise en charge du paludisme.

Pour faciliter la vulgarisation des messages et leur appropriation par la communauté, le programme devra poursuivre la formation/orientation des journalistes. Ces personnes formées dissémineront les messages clés de lutte contre le paludisme à travers les différents canaux (radio, TV, places publiques, internet, journaux, panneaux etc.).

Le programme travaillera également avec les artistes pour les engager dans la lutte contre le paludisme.

Concernant la communication institutionnelle, le PNLP continuera à élaborer et disséminer son bulletin d'information trimestriel qui ouvrira ses colonnes à tous les secteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme. Le site web déjà créé sera mis à jour régulièrement en fonction des interventions de lutte contre le paludisme. Ce qui permettra à tous les intervenants d'échanger les expériences, les leçons apprises et de publier leurs résultats.

La production des supports imprimés : les affiches, les boîtes à images, les panneaux, les flyers, les dépliants, les bandes dessinées, les banderoles, les t-shirts, les casquettes, les calendriers seront utilisés pour véhiculer les messages sur la prévention et la prise en charge du paludisme.

- **Mobilisation Communautaire**

Les Interventions à base communautaire (IBC) menées par les réseaux et les ONG dans les districts qui comportent un paquet d'activités dont la communication seront prises en compte dans le plan de communication. La mise en œuvre de ces activités doit être inclusive et participative en tenant compte des préoccupations de la communauté. Celle-ci se traduira également par le développement d'interventions communautaires innovantes contre le Paludisme pour venir en appui aux visites à domicile (VAD) et causeries éducatives telles que ICP-Ria (Rencontrer, identifier, accompagner). Les ICP-Ria constitueront un cadre de concertation et d'échange entre les services de santé et la communauté. Elles seront mises œuvre par les organisations communautaires. Pour faciliter la réalisation des activités de ICP-Ria, le programme développera un plan de mise en œuvre en relation avec les parties prenantes.

Au niveau communautaire, le programme devra initier et mettre en œuvre des unités vidéo mobiles (UVM) pour transmettre les messages de sensibilisation dans les pôles d'attraction.

- **Plaidoyer**

Les activités de plaidoyer viseront essentiellement deux objectifs : la mobilisation des ressources pour le financement du PSN et l'appropriation des interventions de lutte contre le paludisme par les élus locaux, les leaders communautaires et les décideurs.

Pour le financement du PSN, le PNLP organisera des réunions de plaidoyers auprès des autorités, des partenaires techniques et financiers, secteur privé en vue de la mobilisation des ressources.

Concernant l'implication et l'appropriation des interventions de lutte contre le paludisme par les communautés et des décideurs, le PNLP et ses partenaires continueront la réalisation des activités de plaidoyer auprès des élus et leaders communautaires, d'opinion (maires, religieux, jeunes, OBC...).

Pour assurer le financement et la mise en œuvre de ces activités, un plan national de plaidoyer budgétisé déclinant les objectifs, les stratégies, les cibles et les activités à mener sera élaboré. Ce travail se fera avec l'appui d'experts en plaidoyer et la participation des spécialistes en communication du Ministère de la Santé, du PNLP et des partenaires.

La Mobilisation sociale

Elle va s'appuyer sur les réseaux des organisations communautaires, les ONG, et les tradipraticiens pour la diffusion des messages de sensibilisation sur les stratégies de lutte contre le paludisme. Les leaders religieux, communautaires, les leaders d'opinions (artistes, griots, crieurs publics, etc.) ainsi que le secteur éducatif, seront également impliqués dans les activités de mobilisation sociale. Elles se feront à travers la communication de masse qui passera par l'organisation de séances de mobilisation sociale, de sensibilisation et la diffusion de messages. Les messages seront axés sur la promotion de l'utilisation des services disponibles et un changement de comportement durable. La mobilisation sociale va également s'appuyer sur les événements internationaux, nationaux ou locaux pour créer des temps forts de communication.

En vue de permettre l'implication et l'appropriation des activités par les communautés, les élus locaux, les comités de santé, leaders communautaires, les ONG les OCB, les ASC et les réseaux des tradithérapeutes seront parties prenantes des phases de conception, de planification, de mise en œuvre et de suivi des IBC.

- **Renforcement de capacités des acteurs :**

Le manuel de formation sur la communication pour le changement Social et de Comportements sera mis à jour en collaboration avec tous les partenaires impliqués. A l'aide de ce manuel un pool de formateurs nationaux en communication CCSC sera formé. Ces formateurs nationaux assureront la formation des acteurs impliqués dans la communication à l'échelle nationale.

5.1.3.3 Surveillance, Suivi & Evaluation et Recherche opérationnelle.

Le PSN 2018-2023 poursuivra le renforcement du système de Suivi-Evaluation afin d'informer régulièrement sur les performances du programme et de permettre des prises de décision éclairées. Ce système intégré autant que possible au système national d'information sanitaire du pays, inclue la surveillance épidémiologique et la recherche opérationnelle sur le paludisme. Le suivi évaluation et la recherche opérationnelle permettront de suivre les progrès réalisés, d'identifier les difficultés et de prendre des mesures correctives lors de la mise en œuvre du PSN.

Le but est de mettre à la disposition des parties prenantes (acteurs, décideurs, partenaires techniques et financiers) les informations (à temps et de qualité) pour prendre des décisions

dans le cadre des actions de lutte contre le paludisme. Ces informations permettront au Programme de suivre la mise en œuvre et de mesurer les effets à court terme et les impacts à long terme des interventions du PSN 2018-2023 sur les populations bénéficiaires.

Pour ce but, un plan national de suivi/évaluation, aligné au plan stratégique 2018-2023, a été élaboré en collaboration avec tous les partenaires appuyant la lutte contre le paludisme en Guinée. Ce plan a été bâti sur la base des conclusions et recommandations de la Revue des Performances du PSN 2013-2017 effectuée en 2016. Il prend en compte les forces, faiblesses, opportunités et menaces du système de S&E identifiées lors de cette revue. Le Plan de S&E 2018-2023 :

- Fixe les objectifs à atteindre par le système de S&E au cours des 6 ans ;
- Décrit en détail l'organisation et le fonctionnement du système de suivi/évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Définit les interventions pour le renforcement du système de S&E
- Décrit le cadre logique de performance avec des indicateurs de processus, d'effet et d'impact permettant de mesurer périodiquement les résultats des interventions de lutte prévues dans le présent plan stratégique ;
- Décrit les méthodes de collecte de données, les sources des données, la fréquence de collecte et responsables, les modalités de gestion de la qualité des données ;
- Définit les modalités de dissémination des données et utilisation de l'information
- Définit les modalités de mise en œuvre du Plan national S&E : coordination et suivi de la mise en œuvre des activités, partenariat en faveur du Suivi-Evaluation, rôles et responsabilités des parties impliquées, révision/mise à jour du Plan National de Suivi-Evaluation, facteurs de succès et obstacles à la mise en œuvre du Plan S&E

Le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation des performances seront basés sur deux principales interventions : la Surveillance, Suivi-Evaluation et la recherche opérationnelle.

- **Surveillance, Suivi-Evaluation**

Le système de surveillance de routine sera renforcé pour permettre le suivi de la mise en œuvre du PSN et permettra de faire des évaluations rapides des performances en analysant de façon périodique des données collectées au niveau des structures sanitaires (publiques, confessionnelles, associatives et privées) et des communautés.

Dans le cadre de la surveillance épidémiologique les données hebdomadaires seront collectées et analysées sous le leadership de la Direction Nationale des Grandes Endémies et de la Lutte contre la Maladie du Ministère de la Santé et en partenariat avec l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire afin de détecter les augmentations inhabituelles des cas ou des décès dus au paludisme (épidémies, recrudescence) et d'organiser la riposte.

En collaboration avec le SNIS, le PNLP poursuivra la mise en place de systèmes innovants d'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication permettant de rendre disponible à temps réel des informations validées sur le paludisme. A cet effet la base de données du SNIS (DHIS2) sera renforcée.

Des enquêtes et évaluations basées sur des méthodes harmonisées et des directives standards au plan national et international seront réalisées pour mesurer les effets et impacts des interventions prévues notamment les enquêtes ménages (EDS, MICS, MIS, Enquêtes annuelles de couverture) et les enquêtes dans les formations sanitaires.

Le PNLP procédera également à la mise en place progressive des sites sentinelles intégrés dans les quatre régions naturelles (7 en 2021 et 9 en 2023). Ces sites permettront de veiller sur l'évolution de la résistance des moustiques aux insecticides, poursuivre les études sur les

vecteurs et les insecticides, assurer la surveillance épidémiologique et déployer certaines stratégies novatrices en matière de prise en charge, de communication et de la gestion des médicaments. Les sites sentinelles seront renforcés en ressources humaines, matériels et consommables de laboratoires et seront suivis régulièrement. Dans ce cadre des enquêtes préliminaires seront réalisées par le PNLP et un plan de mise en œuvre sera élaboré avec l'appui d'un Consultant.

Des missions d'investigation entomologique et épidémiologique seront organisées chaque trimestre dans les districts lorsque le Programme constate une augmentation des cas de paludisme. Il s'agit d'une caractérisation de l'épidémiologie locale du paludisme et l'entomologie du paludisme dans la zone avec les taux élevés rapportés du paludisme ou des autres données anormales. Des actions concrètes seront prises en fonction des problèmes identifiés et en relation avec les autorités locales.

Le PNLP procèdera aussi à la cartographie/stratification des interventions de lutte contre le paludisme avec l'appui d'un consultant International.

Pour atteindre l'objectif du PSN, le PNLP, en collaboration avec les partenaires va élaborer un plan de surveillance épidémiologique qui prendra en compte les orientations de l'OMS.

- **Recherche opérationnelle**

Afin de disposer d'informations sur l'efficacité, l'efficience et l'impact des interventions du Programme, le PNLP appuiera la recherche opérationnelle sur le paludisme à tous les niveaux du système de santé. Ces activités prendront en compte le genre-inclusion et l'éthique. La recherche portera non seulement sur le comportement des vecteurs et des parasites, sur l'efficacité, l'efficience, les effets et impacts des stratégies actuellement mises en œuvre mais également sur l'identification et la vulgarisation de stratégies novatrices de lutte contre le paludisme. Pour ce faire un partenariat sera établi avec les institutions et les cabinets/centre de recherche à travers un appel d'offre. Le renforcement du comité de recherche sur le paludisme sera poursuivi avec l'organisation des réunions trimestrielles. Ces projets doivent respecter les procédures et règles d'éthiques définies par le ministère de la santé, et appuyer le renforcement des capacités des structures de recherche.

Le PNLP doit veiller à la dissémination et à l'utilisation des résultats de recherche validés sur le paludisme en vue d'adapter les stratégies de lutte et améliorer les performances du programme.

5.1.3.4 Gestion du programme de lutte contre le paludisme

a) Leadership, Management et Gouvernance

Pour améliorer la gestion du programme, le PSN 2018-2023 mettra l'accent sur les aspects relatifs à la gouvernance au leadership et au management en tenant compte du genre-inclusion et de l'éthique. Ces activités sont décrites comme suit :

- **Gouvernance**

Le Programme en collaboration avec les partenaires va développer des activités visant à renforcer la transparence, la redevabilité, la responsabilisation, l'éthique et la gestion de l'information. Ces activités concerneront toutes les parties prenantes y compris les structures sanitaires publiques et privées, les COSAH et le niveau communautaire. Dans ce cadre, les

directives sur la lutte contre le paludisme ainsi que les rôles et les responsabilités des acteurs du niveau opérationnel seront élaborées et diffusées dans toutes les régions pour accroître l'appropriation de la lutte contre le paludisme par les DRS, DPS, la société civile et la communauté. Ceci se fera sous le leadership de la Direction Nationale des Grandes Endémies et de la lutte contre la Maladie (DNGELM).

Pour améliorer l'équité et l'accessibilité financière de la population aux prestations de service, la gratuité des intrants de lutte contre le paludisme sera poursuivie dans toutes les structures publiques et privées y compris le niveau communautaire ; des actions seront entreprises en collaboration avec l'Inspection Générale de la Santé, la Direction Nationale des Pharmacies et Médicaments, les autorités locales, les partenaires, les DPS et DRS. Il s'agira essentiellement de mener des contrôles inopinés et des inspections, de renforcer la communication et mettre en place un mécanisme de suivi à travers la société civile et un numéro vert.

Cependant dans le cadre du marketing social, les MILDA seront livrées suivant des modalités spécifiques.

- **Coordination et planification**

Les cadres de concertation multisectorielle et pluridisciplinaire visant l'amélioration de la coordination et de la planification des interventions de lutte contre le paludisme seront renforcés. L'accent sera mis sur le fonctionnement des comités de suivi RBM, les réunions mensuelles des DPS et les réunions des groupes thématiques.

L'évaluation annuelle des capacités organisationnelles du Programme et le monitoring des activités de lutte contre le paludisme au niveau des formations sanitaires et de la communauté constituent aussi des priorités majeures de ce plan. Toutes ces activités seront réalisées en partenariat avec les régions et les différentes parties prenantes.

La planification opérationnelle sera renforcée. Chaque année un plan d'action opérationnel sera élaboré sur la base des interventions prévues dans le Plan Stratégique National du programme. L'élaboration de ce plan doit être participative avec l'implication des autres programmes et directions du Ministère de la Santé, les autres départements ministériels, le niveau intermédiaire et opérationnel ainsi que le secteur privé et la société civile.

Ce plan prendra en compte toutes les interventions de la lutte contre le paludisme à réaliser à tous les niveaux. Le PNLV veillera que les plans d'action opérationnels des DPS et DRS intègrent les activités de lutte contre le paludisme.

Des microplans mensuels ou trimestriels seront élaborés à tous les niveaux pour la mise en œuvre et le suivi rapproché des activités.

Le suivi de la mise en œuvre des interventions au niveau central et opérationnel se fera ainsi à travers les réunions de coordination des comités RBM, groupes thématiques, CTRS et CTPS, les revues trimestrielles et les supervisions.

- **Mutualisation des interventions**

Des activités intégrées telles que les activités communautaires, les activités de lutte contre le paludisme pendant la grossesse et la distribution continue des MILDA ainsi que la CPS seront mises en œuvre en collaboration avec d'autres programmes de santé tels que la PCIMNE, le PEV, la SR et la Nutrition.

- **Renforcement du Partenariat**

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan stratégique, le PNLP sous le leadership de la DNGELM, va collaborer avec toutes les Directions et programmes du Ministère de la santé. Ceci permettra d'éviter une duplication des efforts et l'interférence des activités sur le terrain.

Le PNLP développera aussi des axes de collaboration avec le secteur privé à but non lucratif, le secteur privé (la Chambre des Mines de Guinée, les unités industrielles, les entreprises commerciales, les banques et assurances et les sociétés de téléphonie mobile), la société civile (ONG affiliées à des réseaux) et les différents départements ministériels pouvant être impliqués dans la lutte contre le paludisme: Ministères de la sécurité, de la Défense, de l'investissement et du partenariat public et privé de l'Environnement, de l'Enseignement Supérieur, de l'Education Nationale et de l'Alphabétisation, de l'Administration du territoire, de la promotion féminine et de l'enfance, du plan et coopération, de l'agriculture, de la Communication, les Universités et les Instituts de recherche et de formation et le secrétariat Général des affaires religieuses. Concernant les structures privées, un document sur les procédures d'intégration sera élaboré et partagé avec le niveau intermédiaire, opérationnel et partenaires.

Le PNLP veillera à la participation de ces départements ministériels aux différentes réunions des groupes RBM et thématiques, à la désignation et formation de leurs représentants et leur implication dans les activités de lutte contre le paludisme au niveau communautaire. Des curricula de formation seront développés en relation avec les écoles et les universités. Ces curricula constitueront des bases de formation des élèves et des étudiants sur la lutte contre le paludisme.

Le PNLP renforcera particulièrement sa collaboration avec les hôpitaux ayant la responsabilité de la prise en charge des cas graves et les centres de recherche. Ceci se fera à travers des activités spécifiques comme la formation, la supervision et l'encadrement des stages cliniques par les pairs, le partage de bonnes pratiques entre les hôpitaux.

c) Renforcement institutionnel et ressources humaines

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique national 2018-2023, le programme national de Lutte contre le paludisme sera renforcé en ressources humaines de qualité et des cours internationaux et nationaux organisés en fonction des besoins identifiés par la revue des performances du programme.

Le personnel contractuel et les points focaux des districts seront maintenus et d'autres agents seront recrutés. Plus spécifiquement, avec l'appui des partenaires le PNLP va recruter et prendre en charge les cadres suivants : 5 chauffeurs, 03 comptables, 01 biologiste, 02 entomologistes de haut niveau, 02 experts en suivi/évaluation, 01 informaticien et un secrétaire de direction.

Dans le cadre du renforcement du système de santé, le PNLP appuiera la gestion financière dans les 8 régions et les 38 districts. Le personnel du PNLP, des DPS et des DRS participeront aux cours internationaux qui seront organisés en suivi-évaluation, LAV, gestion de programme et leadership, gestion financière et comptable, paludologie, épidémiologie et bio statistique, socio anthropologie communication pour le changement de comportement et développement communautaire. Le programme national de lutte contre le paludisme organisera aussi des sessions de formation sur les différentes thématiques de la lutte contre le paludisme en collaboration avec les instituts de recherche ou universités nationales et étrangères.

Le renforcement de capacités des prestataires sur les différentes interventions de lutte contre le paludisme et le suivi des activités au niveau des hôpitaux sera contractualisé avec des structures paires du niveau national ou international.

Le renforcement institutionnel sera facilité par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de formation du personnel par niveau. Toutes ces activités feront l'objet d'une évaluation annuelle qui impliquera le PNLP, les partenaires et les DRS/DPS.

e) Gestion des ressources matérielles et financières

Dans le cadre de la gestion des ressources matérielles, le PSN 2018-2023 mettra l'accent sur le renouvellement du matériel et la maintenance des infrastructures et du matériel ; Avec l'appui des partenaires les activités ci-après seront réalisées :

- Renouveler les équipements informatiques et bureautique du PNLP, des DPS et de DRS (80 ordinateurs complets, 5 disques durs back up ,30 imprimantes, 25 scanners, 2 photocopieurs grand modèle, 50 vidéos projecteurs, équipement pour vidéoconférence, sonorisation pour la salle de conférence du PNLP et 50 appareils photo numériques)
- Acquérir du mobilier de bureau pour le PNLP (40 tables, 40 fauteuils, 100 chaises, 1 Salon) ;
- Assurer la fourniture du matériel et consommables de bureau (antivirus/an, papiers, bics, agrafeuses...)
- Acquérir 3 véhicules tout terrain de supervision pour les unités de coordination du PNLP et 2 véhicules de coordination du PNLP ;
- Assurer la maintenance préventive des matériels et équipements de la coordination du PNLP sur la base d'un plan de maintenance ;
- Assurer l'entretien et la sécurité des locaux en recrutant des agences spécialisées.

Concernant la gestion financière, la vision du programme pour les cinq prochaines années est d'atteindre un taux de mobilisation des ressources d'au moins 90% du budget prévu. Pour ce faire les activités suivantes seront réalisées :

- Plaidoyer fort et soutenu auprès de l'Etat pour maintenir et renforcer son financement dans la lutte contre le paludisme et subventionner l'achat des médicaments et autres intrants de lutte contre le paludisme à titre de la contrepartie nationale.
- Organisation de table ronde de mobilisation des ressources
- Elaboration de propositions techniques et financière à soumettre aux partenaires nationaux et internationaux ;
- Plaidoyer auprès du secteur privé pour la mobilisation de financement complémentaire
- Développement d'autres stratégies novatrices de mobilisation des ressources.

Concernant le plaidoyer pour la mobilisation des ressources, le PNLP va élaborer un document technique qui prendra en compte des grandes interventions de la lutte contre le paludisme. A cet effet, un Consultant sera recruté.

5.2 Modalités de mise en œuvre du PSN

5.2.1 Mécanisme de planification et de mise en œuvre

La coordination du PNLP élabore chaque année un plan d'action opérationnel sur la base des interventions prévues dans le Plan Stratégique National du programme. Ce plan prend en compte toutes les interventions de lutte contre le paludisme à réaliser au niveau opérationnel. Les plans d'action opérationnels intégrés des directions régionales et préfectorales tiennent compte des activités du plan d'action du PNLP prévues dans leurs zones.

En outre des microplans mensuels et trimestriels sont élaborés par les unités de PNLP et ses partenaires techniques issus du plan d'action opérationnel pour la mise en œuvre et le suivi rapproché des activités.

La coordination et le suivi de la mise en œuvre des interventions entre les acteurs se font à travers les réunions (hebdomadaires et mensuelles), les revues trimestrielles et les supervisions à tous les niveaux.

Des activités intégrées sont mises en œuvre avec d'autres programmes de santé tels que la PCIMNE, le PEV, la SR, la Nutrition, etc.

La mise en œuvre de certaines interventions nécessitera le recrutement de consultants indépendants ou de cabinets d'études et la contractualisation avec les ONG nationales ou internationales. L'appui des consultants ou cabinet sera sollicité dans l'élaboration des documents normatifs, la revue du programme, la réalisation des enquêtes et recherches et la conception de supports de communication.

La contractualisation avec les ONG et les instituts de formation ou de recherche va cibler la lutte contre le paludisme au niveau communautaire, la prise en charge du paludisme à l'Hôpital, l'organisation du cours national de paludologie, la recherche et les activités de leadership et de management au niveau des régions et des districts.

Les activités sur le leadership/management au niveau décentralisé concerneront le fonctionnement des comités de suivi RBM régionaux et préfectoraux, le suivi des activités des points focaux, l'évaluation des capacités des organisations évoluant dans les régions et les districts sanitaires, la planification opérationnelle et le monitoring semestriel.

Le marketing social des MILDA et certaines activités de communication institutionnelle seront contractualisés avec des structures spécialisées.

Le suivi de la mise œuvre des activités des structures contractantes sera assuré régulièrement par le PNLP qui mettra en place des cadres de performance appropriés avec des indicateurs spécifiques permettant d'évaluer périodiquement le niveau d'exécution et la qualité des interventions.

Les rôles et responsabilités des acteurs sont définis par niveau :

- **Le PNLP**, en collaboration avec les services techniques du Ministère de la Santé, a pour rôle la mise en place d'un cadre institutionnel et normatif adéquat, la mobilisation des

ressources et le renforcement de capacités des acteurs. Il est chargé notamment de définir le cadre de fonctionnement du système, de concevoir les outils harmonisés de collecte de données programmatiques et financières, de définir le circuit de l'information et les procédures de gestion, de renforcer les capacités des acteurs en termes de formation, de finances, de matériels et équipements.

- **Les équipes des DRS et DPS** sont responsables de la mise en œuvre du programme au niveau opérationnel. A ce titre elles sont chargées de la planification, et du suivi de la mise en œuvre de proximité des activités sur le terrain et de la production des rapports (statistiques, activités).
- **Les structures opérationnelles** publiques et privées (postes de santé, centres de santé, centres médicaux communaux, hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux et de soins, pharmacies, Agents de Santé Communautaires, organisations communautaires) sont chargées de la mise en œuvre des activités de terrain et de la production de l'information locale sous la supervision des DPS. Elles assurent les prestations de services curatifs, préventifs et promotionnels. Elles assurent la collecte et la notification des données sur les cas, décès et prestations de services.
- **Les partenaires** sont chargés d'apporter un appui à la mise en œuvre du PSN à travers la mise à disposition de ressources financières et techniques.

5.2.2 Renforcement du système de santé

Les investissements en faveur de systèmes de santé résilients et pérennes sont indispensables pour une mise en œuvre efficace des interventions de lutte contre le paludisme permettant d'obtenir un impact. C'est ainsi que le PSN 2013-2017 a appuyé le Système National d'Information Sanitaire (SNIS), la Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS) et a développé des actions importantes ayant une influence positive sur le système de santé y compris les interventions communautaires. Les résultats suivants ont été obtenus :

- Elaboration du plan stratégique national 2016-2020 du SNIS, mise à échelle du logiciel de gestion de données (DHIS2), formation des cadres, supervision, élaboration du manuel de procédures de gestion des données, dotation en matériels et équipements.
- Appui à la Pharmacie Centrale de Guinée par la réhabilitation et l'interconnexion des dépôts ainsi que la dotation en équipements de stockage, matériels de chaîne du froid, informatique et engins roulants.
- Dotation en engins roulants et élaboration du plan stratégique de la chaîne d'approvisionnement de la Direction de la Pharmacie et du Médicament 2017-2024.
- Dotation en véhicules tout terrain pour le renforcement de la logistique du PNL.

En outre la mise en œuvre des interventions spécifiques de lutte contre le paludisme a eu un impact sur les autres domaines du renforcement du système de santé notamment à travers la fourniture de microscopes et d'équipements informatiques aux formations sanitaires, le renforcement de capacité des acteurs communautaires (RECO, OCB, ONG locales), le renforcement des districts en ressources humaines contribuant à la mise en œuvre des autres interventions communautaires (PCIMNE, PEV, Santé de la Reproduction...).

Dans le cadre du PSN 2018-2023 ces acquis seront renforcés en apportant les améliorations dans les domaines ci-après :

- **Gestion des Achats et des Stocks et gestion pharmaceutique** : à travers i) l'amélioration de la logistique intégrée des produits de santé en termes de capacités de

gestion des achats, de distribution, de stockage, de régulation ; ii) l'informatisation du système d'information logistique ; iii) le renforcement des capacités de stockage, de dispensation et de gestion de stocks des centres de santé. La finalité étant d'assurer la disponibilité permanente des médicaments et autres produits de santé de qualité à tous les niveaux y compris les secteurs privés et communautaires.

Dans ce cadre, le PSN appuiera la révision et la diffusion des directives, des outils de gestion et guides de formation. Il prévoit la formation en cascade (central, régions et districts) des acteurs du SIGL de même que l'informatisation du SIGL à travers la dotation des structures de gestion des intrants en matériel informatique (micro-ordinateurs et logiciels de gestion de stocks). Des supervisions intégrées pour le suivi de la gestion des intrants seront financées par niveau.

La DNPM est l'organe de régulation du secteur pharmaceutique et par conséquent, elle veille au respect de la politique pharmaceutique nationale. Elle sera donc appuyée dans les activités d'évaluation et de supervision périodique des activités de la chaîne d'approvisionnement, révision du manuel de logistique intégrée, coordination des quantifications/approvisionnement des intrants du programme, validation des guides nationaux de supervision et d'inspection pharmaceutiques, réunions périodiques de coordination à travers les différentes structure de concertation existantes, mise en place de systèmes de validation des données SIGL au niveau décentralisé, monitoring des données SIGL à travers la plateforme eSIGL (analyse et diffusion d'un tableau de bord périodique), destruction des produits périmés...

Concernant la pharmacovigilance, la notification des événements indésirables reste un problème crucial dans le traitement du paludisme en Guinée. Pour améliorer cette situation, le Programme collaborera avec la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament pour la mise en œuvre des activités de pharmacovigilance notamment l'élaboration/la mise à jour des outils, l'équipement, le renforcement des ressources humaines, la collecte, la transmission, l'analyse et la diffusion des données sur les effets indésirables. La mise en œuvre de ces activités permettra aux services de santé de mieux prendre en charge les effets indésirables et de fournir les informations nécessaires pour réduire les erreurs de médication et améliorer les soins de santé. L'objectif ultime étant de contribuer à mettre en place un système de pharmacovigilance fonctionnel et performant touchant l'ensemble des produits de santé couvrant l'ensemble du territoire national.

La PCG qui joue un rôle primordial dans la logistique intégrée des produits de santé sera renforcée dans ses capacités de gestion des achats, de stockage et de distribution des intrants à travers, entre autres : la contribution aux travaux de construction du dépôt préfabriqué de Coyah, l'appui pour le maintien de la licence du logiciel d'exploitation SAARI-SAGE, la fourniture et assurance des équipements et produits de santé, appui à l'interconnexion des dépôts et la mise à disposition de consultants pour l'amélioration/optimisation de la gestion (mise en place d'un système de monitoring de la température dans les magasins). Des activités d'audit de la gestion des stocks à la PCG seront réalisées annuellement pour suivre la qualité de la gestion des données par la centrale et un appui lui sera fait en fonction des résultats et recommandations des différents audits.

Il est à noter que les inspecteurs formés vers 1990 n'ont pas été opérationnel à cause de l'ancrage du service d'inspection rattaché au cabinet du ministre, à la réduction progressive du nombre d'inspecteur, le manque de financement des activités.

Dans le cadre de l'amélioration de la gestion des intrants antipaludiques, le Programme appuiera ce service afin de veiller à la bonne gestion des intrants, au respect de la gratuité et à l'application stricte de la réglementation pharmaceutique. Cet appui portera sur :

- La logistique roulante (véhicule)
- Le financement des activités d'inspection
- La formation des pharmaciens à l'inspection pharmaceutique
- L'équipement (ordinateur et accessoires, équipement de bureau, etc...)
- La mise à jour des outils d'inspection.

Durant les dernières années, le système de contrôle de qualité a connu une évaluation de son fonctionnement par le projet de l'USAID-USP-PQM. Cette évaluation a identifié des insuffisances en termes de ressources humaines, matérielles et financières. Un plan de renforcement des capacités a été développé en collaboration avec le laboratoire national de contrôle de qualité (LNCQM) ainsi que la dotation en équipement (MINILAB, matériels informatiques, ...). Le PSN 2018-2023 prévoit donc d'appuyer le LNCQM dans l'approvisionnement continu en réactifs et en équipements, dans le renforcement des capacités des acteurs en maintenance des équipements et le renforcement des compétences techniques pour le bon fonctionnement du laboratoire afin d'évoluer vers la certification ISO17025 pour le contrôle de qualité des produits de santé.

- **SNIS** : renforcement de la fonctionnalité du DHIS2, amélioration de la connectivité internet, intégration des sous-systèmes à partir de 2018 par l'élaboration des documents normatifs, renforcement de capacités des acteurs, modernisation des infrastructures, supervisions, contrôle qualité des données. Ceci permettra d'améliorer la disponibilité, la qualité et l'analyse des données pour les prises de décisions.
- **Santé Communautaire** : Les acquis obtenus au niveau communautaire seront renforcés pour couvrir les zones enclavées et difficiles d'accès à travers l'augmentation et l'amélioration de la répartition des Agents de Santé Communautaire et l'appui aux OBCs et ONGs locales. Le nombre d'ASC sera augmenté progressivement pour atteindre une moyenne de vingt (20) au tour d'un CS en 2020. Conformément à la recommandation du document de politique de santé communautaire et en tenant compte de leur rendement, la motivation des ASC sera renforcée en leur payant le SMIG. Dans le souci d'améliorer la qualité des prestations l'utilisation des agents formés dans les écoles de santé communautaire sera encouragée. Afin de favoriser la mutualisation des ressources et éviter les duplications, ces actions seront réalisées en étroite collaboration avec les autres services programmes de santé (VIH, Tuberculose, PEV, Maladies Tropicales négligées...) et partenaires évoluant au niveau communautaire.

5.2.3 Gestion des ressources financières

La lutte contre le paludisme bénéficie de plusieurs sources de financement. L'Etat paie les salaires du personnel et alloue tous les ans un budget de fonctionnement au PNLP. Ces ressources sont gérées suivant les procédures nationales sous l'autorité de la Direction des Affaires Administratives et Financières du Ministère de la Santé.

Pour le cas spécifique des partenaires qui décaissent des fonds au Programme notamment le Fonds Mondial de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, les procédures de gestion sont décrites dans le manuel de procédures de gestion financière et comptable. Les autres partenaires (SNU, PMI, BID) appliquent les procédures de gestion propres à leur organisation.

Pour le suivi de la gestion financière des ressources allouées pour la mise en œuvre de ce plan il est prévu des audits internes et externes ainsi que des missions d'inspection financière et des inventaires à tous les niveaux.

Au cours de la mise en œuvre du PSN 2013- 2017, les partenaires (FM, PMI) ont apporté un important appui au Programme pour le renforcement des capacités de gestion administrative financière et comptable. Après une évaluation effectuée notamment par les projets STOPPALU et LMG , un plan de renforcement a été mis en œuvre et a consisté essentiellement au recrutement de personnel technique (un chef de Service Administratif et Financier, un comptable, un auditeur interne), à la formation du personnel sur la gestion financière et l'utilisation de logiciel comptable (TOMPRO), à la fourniture d'équipements (ordinateurs, logiciel comptable) et à la mise en place d'un manuel de procédures de gestion administrative et comptable.

Ce renforcement sera poursuivi par le PSN 2018-2023 à travers la mise en œuvre du plan de renforcement des capacités qui consistera à la poursuite de la prise en charge du personnel contractuel actuel, au recrutement de nouveaux staffs (1 Assistant comptable, 1 Charge de la logistique et des achats, 1 Responsable ressources humaines), à l'amélioration des matériels et équipements, à la formation continue du personnel et à la promotion de la transparence dans la gestion des ressources (audit, contrôle de gestion).

5.2.4 Gestion et atténuation des risques

L'analyse du contexte sociopolitique et la revue de Performance du Programme ont permis d'identifier les risques liés à la mise en œuvre des interventions du PSN notamment.

- L'aggravation de la crise financière Internationale pourrait empêcher la mobilisation des fonds en faveur du Pays, freinant ainsi les investissements dans les interventions clés du programme paludisme ;
- Les faiblesses dans la gestion de fonds pourraient entraîner un retard ou le non décaissement de fonds ;
- Le retard de mise à disposition des intrants pourrait entraîner des ruptures de stocks ;
- La mauvaise qualité des intrants fournis dans le cadre du projet compromettrait l'atteinte des objectifs (par ex. rejet des MILDA, inefficacité de l'insecticide...) ;
- Les difficultés dans la mobilisation des fonds de contrepartie auprès du Gouvernement pourrait entraîner une suspension des fonds alloués par les partenaires pour la mise en œuvre du PSN ;
- Les troubles sociopolitiques pourraient empêcher ou ralentir la mise en œuvre du PSN ;
- Des difficultés de maintien du personnel compétent formé par le programme à cause de leur départ pour de meilleures opportunités ou des affectations pourraient impacter sur la mise en œuvre du projet entraînant.
- Le ralentissement ou l'arrêt des activités à cause des épidémies éventuelles (cholera, fièvre Jaune, fièvre hémorragique, maladie à virus Ebola....) pourrait affecter dangereusement la mise en œuvre des interventions;
- La concurrence du marché illicite des médicaments, l'utilisation anarchique des insecticides et l'automédication pourraient influencer négativement le système d'approvisionnement en intrant et entraîner l'apparition de résistances des parasites aux antipaludiques et des vecteurs aux insecticides.

Pour faire face à ces risques éventuels, le PNL, en collaboration avec les services techniques gouvernementaux intéressés et les partenaires techniques et financiers, va mettre en œuvre un plan d'atténuation qui portera sur les actions ci-après :

- L'instauration du dialogue entre le programme et les autorités administratives et politiques.
- L'exécution du plan de contingence sécuritaire par les comités de crise aux niveaux central et local (préfectures et régions) ;
- Le renforcement de l'implication du système des nations unies pour la gestion des crises ;
- Le renforcement des capacités des institutions étatiques et communautaires à la réponse aux urgences ;
- Le plaidoyer auprès du gouvernement et de l'assemblée pour l'augmentation de la contribution de l'Etat au financement du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme ;
- La facilitation de l'émergence du secteur privé (mesures incitatives) dans la mobilisation des fonds additionnels nécessaires et le renforcement du partenariat avec les sociétés minières, les communautés, les organisations de la société civile, les universités, les médias publique et privés ;
- Le Renforcement de l'appui technique et financier des institutions internationales
- L'appropriation par le personnel du Programme des outils et procédures en vigueur pour faciliter le processus de décaissement et la réalisation des audits et contrôle interne ;
- La mise à disposition d'un personnel avec une motivation conséquente ;
- L'instauration de la recherche opérationnelle sur l'utilisation des intrants et la mise en place d'un programme de contrôle de qualité et de pharmacovigilance ;
- L'amélioration de l'approvisionnement et de la gestion des stocks des médicaments et des intrants au niveau des formations sanitaires et communautés.

5.3 Budgétisation du PSN

Le budget nécessaire à la mise en œuvre des interventions prévues s'élève à 283 242 888 dollars américains. Il est résumé dans le tableau n°6 par objectif, stratégie, intervention et par an.

NEPAS COPIER

Tableau 6 : Résumé par an du budget du PSN 2018-2023 par objectif, stratégie et intervention.

Commenté [ca1]: A REVOIR

Objectif	Stratégie	Interventions	2018	2019	2020	2021	2022	Total
1. Assurer la protection d'au moins 80 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme	LAV	MILDA ROUTINE	2 759 660	98 734	1 151 066	98 734	1 151 066	5 259 260
		MILDA CAMPAGNE	0	7 594 704	6 000	0	7 582 070	15 182 774
		AUTRES METHODES DE DISTRIBUTION	766 127	89 496	1 033 838	89 496	61 786	2 040 743
		PID (projets pilotes)	58 523	750 000	750 000	650 000	650 000	2 858 523
		LAL: Assainissement	299 715	110 564	469 664	110 564	110 564	1 101 071
	Sous-total LAV		3 884 025	8 643 498	3 410 568	948 794	9 555 486	26 442 371
	INTERVENTIONS SPECIFIQUES	TPIg	854 844	130 143	115 996	1 161 368	115 996	2 378 347
	CPS	2 097 822	1 918 801	1 957 191	1 918 801	1 918 801	9 811 416	
Sous-total IS		2 952 666	2 048 944	2 073 187	3 080 169	2 034 797	12 189 763	
Sous-total objectif 1			6 836 691	10 692 442	5 483 755	4 028 963	11 590 283	38 632 134
2. Assurer une prise en charge correcte et précoce d'au moins 90% des cas de paludisme	PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE	Diagnostic COM	1 540 670	770 732	1 806 161	531 402	531 402	5 180 367
		Traitement COM	2 369 563	6 567 011	4 619 753	4 417 799	4 316 822	22 290 948
	Sous-total Prise en charge communautaire		3 910 233	7 337 743	6 425 914	4 949 201	4 848 224	27 471 315
	PRISE EN CHARGE FORMATION SANITAIRE	Diagnostic FOSA	184 053	160 528	168 184	160 528	163 166	836 459
		Traitement FOSA	799 095	137 898	470 744	137 898	470 744	2 016 379
Sous-total Prise en charge formation sanitaire		983 148	298 426	638 928	298 426	633 910	2 852 838	
Sous-total objectif 2			4 893 381	7 636 169	7 064 842	5 247 627	5 482 134	30 324 153
3. Renforcer les capacités de gestion, de partenariat, de coordination, de communication et de SE du Programme à tous les niveaux	GESTION DE PROGRAMME	Coordination/partenariat	2 672 283	3 932 342	2 731 992	2 455 896	4 102 219	15 894 732
		Gestion des ressources: finances, logistique, équipements et infrastructures	5 584 668	5 830 933	6 221 087	6 791 025	7 240 179	31 667 892
		Planification	204 585	227 512	284 585	227 512	354 585	1 298 779
		Renforcement des capacités et gouvernance	604 297	490 813	497 787	393 453	352 857	2 339 207
		Structure organisationnelle	950 378	1 919 966	948 771	942 105	1 958 460	6 719 680

Objectif	Stratégie	Interventions	2018	2019	2020	2021	2022	Total
	Sous-total gestion de programme		10 016 211	12 401 566	10 684 222	10 809 991	14 008 300	57 920 290
	GAS	Quantification	9 095	9 095	9 095	9 095	9 095	45 475
		Renforcement de capacité	0	0	278 561	0	0	278 561
		Coordination/Supervision/Enquête	52 128	52 128	52 128	52 128	52 128	260 640
		Renforcement du système de santé	64 445	0	0	0	0	64 445
		Acquisition	19 007 556	38 399 324	18 975 421	18 842 106	39 169 201	134 393 608
	Sous-total GAS		19 133 224	38 460 547	19 315 205	18 903 329	39 230 424	135 042 729
	Communication sociale et le changement de comportement	CIP	774 527	111 708	384 237	111 708	99 588	1 481 768
		MASS/MEDIA	99 713	96 017	99 713	91 453	96 017	482 913
		PLAIDOYER	124 688	124 688	124 688	124 688	124 688	623 440
		MOBILISATION SOCIALE	2 213 380	919 479	2 142 797	919 479	2 142 797	8 337 932
	Sous-total communication sociale		3 212 308	1 251 892	2 751 435	1 247 328	2 463 090	10 926 053
	SE/recherche opérationnelle	Renforcement des compétences du personnel en Suivi/ Evaluation	22 264	0	178 605	0	178 605	379 474
		Harmonisation des outils et des méthodes de suivi/évaluation	45 340	28 797	28 797	28 797	28 797	160 528
		Renforcement du système d'assurance qualité des données du paludisme	870 630	773 116	777 075	773 116	777 075	3 971 012
		Enquetes, recherches opérationnelles	957 303	1 257 303	957 303	457 303	2 257 303	5 886 515
	Sous-total SE/Recherche opérationnelle		1 895 537	2 059 216	1 941 780	1 259 216	3 241 780	10 397 529
Sous-total objectif 3			34 257 280	54 173 221	34 692 642	32 219 864	58 943 594	214 286 601
Total objectifs			45 987 352	72 501 832	47 241 239	41 496 454	76 016 011	283 242 888

6 CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

6.1 Cadre de performance

Le suivi des performances du plan stratégique 2018-2023 sera fait à travers un processus continu de collecte, d'analyse et de diffusion de données permettant de mesurer les progrès accomplis dans la mise en œuvre des interventions.

Les indicateurs de performance qui serviront à mesurer les changements recherchés seront définis dans une matrice appelée cadre de performance. Cette matrice prend en compte les indicateurs d'impact, d'effet (résultats), de produits et de processus tel que décrit dans le plan de suivi-évaluation 2018-2023.

6.2 Système de gestion des données

6.2.1 Utilisation des données de routine

Les données liées à la lutte contre le paludisme sont intégrées en majorité dans les outils de collecte de données du SNIS à travers la mise en place du DHIS2. C'est pourquoi, l'appui aux activités de supervision et de contrôle de qualité des données du SNIS sera poursuivi à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les données de routine serviront à l'élaboration des rapports d'activités, de la carte de score trimestrielle, des bulletins périodiques et d'autres rapports de suivi et d'évaluation. Des rencontres mensuelles seront organisées avec l'équipe chargée du SNIS et les autres groupes thématiques pour l'analyse de l'évolution des indicateurs liés au paludisme.

La revue à mi-parcours du Plan Stratégique sera réalisée en 2021 et permettra d'apprécier les taux d'exécution des activités, de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs (indicateurs) et d'identifier les goulots d'étranglements afin de proposer des orientations pour améliorer les performances.

La revue de performance du programme sera réalisée à l'échéance du Plan Stratégique en 2023. Elle permettra de mesurer les performances de la mise en œuvre des différentes interventions, les forces et faiblesses et de faire des recommandations pour le futur Plan stratégique 2024-2029.

6.2.2 Evaluation de l'impact

Les évaluations de l'impact des interventions de lutte se feront tout au long de la mise en œuvre du Plan stratégique et à la fin de l'année 2023. Elles porteront principalement sur la disponibilité et l'utilisation des services, la morbidité, la mortalité et l'impact socioéconomique du paludisme.

Les principales enquêtes nationales qui seront conduites sont : l'Enquête de couverture annuelle, l'Enquête CAP tous les deux ans, le MIS ou le MICS-Palu tous les deux à trois ans, l'EDS tous les cinq ans et les enquêtes dans les formations sanitaires tous les ans.

Le cadre de performance du plan stratégique définit les indicateurs à mesurer, les cibles à atteindre, les périodes de réalisation et le type d'enquête à réaliser.

6.2.3 Mécanismes de coordination du S&E

La mise en œuvre du plan de suivi et évaluation du PSN est sous la responsabilité de l'unité S/E du PNLP. La coordination est assurée par le Groupe Technique Suivi et Evaluation (GTSE) du comité national RBM. Ce groupe est composé des cadres de l'unité SE du PNLP, du SNIS, des autres programmes et projets du Ministère de la Santé (VIH, TB, SR, MTN), des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme (OMS, FM, UNICEF, USAID/PMI) et des agences d'exécution des projets de lutte contre le paludisme (CRS, STOPPALU+, GHSC-PSM, HRH 2030).

Les rôles et responsabilités des parties prenantes en matière de S&E sont définis par niveau.

Le PNLP, en collaboration avec le BSD/SNIS, a pour rôle la mise en place d'un cadre institutionnel et normatif adéquat, le renforcement de capacités des acteurs et la mobilisation des ressources pour le SE. Il est chargé notamment de définir le cadre de fonctionnement du système de SE, de concevoir les outils harmonisés de collecte de données, de définir le circuit de l'information et les procédures de gestion des données, de renforcer les capacités des acteurs en termes de formation, de finances, de matériels et équipements.

L'unité SE du PNLP est la structure chargée de la production et de la diffusion de l'information indispensable pour renseigner les indicateurs de SE de la lutte contre le paludisme dans le pays. Elle doit fournir en temps opportun et sous la forme appropriée, les informations nécessaires au suivi de la mise en œuvre et à l'évaluation du Plan Stratégique National.

Les équipes des DRS et DPS, en particulier les chargés de la lutte contre la maladie et des statistiques, sont responsables du suivi de proximité des activités de collecte des données sur le terrain et de la production des rapports. Ils sont chargés de compiler les rapports mensuels des centres de santé et des hôpitaux, d'élaborer un rapport mensuel à transmettre au PNLP et au BSD, de faire une analyse des performances, de réaliser le contrôle de qualité des données et d'assurer le feedback.

Les structures opérationnelles (postes de santé, centres de santé, centres médicaux communaux, hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux et de soins, pharmacies, Agents de Santé Communautaires, Relais Communautaires, des ONG/OBC) sont chargées de la production de l'information locale. Elles collectent et notifient les cas de maladies, décès et prestations de services, compilent les données et élaborent les rapports mensuels ou trimestriels, traitent et analysent les données de couverture et de performance. C'est à ce niveau qu'on retrouve les outils primaires d'enregistrement des cas, de prise en charge des patients et autres prestations de services (sensibilisations, distribution de produits).

Les partenaires sont chargés d'apporter un appui à la mise en œuvre du Plan de SE à travers la mise à disposition de l'assistance technique, la fourniture de matériels et équipements adéquats et de ressources financières notamment pour le renforcement des compétences et la réalisation des enquêtes et recherches opérationnelles.

Annexes

Annexe 1 : Références bibliographiques

1. MSHP, République de Guinée, Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024
2. MSHP/PNLP, Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2013-2017 ;
3. MSHP/PNLP, Revue de performance du PNLP Guinée, 2012;
4. MSHP/PNLP, Revue a mis parcours du PNLP Guinée, 2015;
5. Nations Unies, Millennium Declaration and the Millennium Development Goals, 2000
6. Ministère du Plan, Institut National de la Statistique, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS-IV) GUINEE 2012 Rapport Préliminaire
7. Ministère du Plan, Institut National de la Statistique, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Enquête à Indicateurs Multiples et Paludisme (MICS-PALU 2016) Rapport Préliminaire
8. Organisation Mondiale de la Santé, Rapports Mondial du Paludisme, 2011-2015 ;
9. Roll Back Malaria, Actualisation des objectifs, cibles, jalons et priorités du Plan d'action mondial contre le paludisme (GMAP) au-delà de 2011
10. Roll Back Malaria, Déclaration et Plan d'Abuja 2001-2005 pour Faire Reculer le Paludisme en Afrique, Abuja Nigéria, 25 Avril 2000 ;
11. Roll Back Malaria, Faire Reculer le Paludisme dans la Région africaine: Cadre de mise en œuvre (AFR/RC50/12) ;
12. Roll Back Malaria, Initiative Faire Reculer le Paludisme dans la Région Africaine. Directives de Suivi et Evaluation. OMS. Bureau Régional de l'Afrique Harare 2000
13. Roll Back Malaria Partnership, Plan d'action mondial contre le paludisme : Pour un monde sans paludisme, 2008
14. Roll Back Malaria Partnership : Plan stratégique mondial Faire reculer le paludisme 2005 – 2015, Avril 2005
15. Roll Back Malaria Partnership : Plan stratégique mondial de lutte contr le paludisme 2016-2030
16. Union Africaine : Lutte contre le paludisme en Afrique : passage du contrôle à l'élimination au plus tard en 2010, 3ème session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine, 19 - 13 avril 2007 Johannesburg, Afrique du Sud ;

**Annexe 2 : Liste des participants à l'élaboration du plan stratégique
2018-2023**

Numéro	Prénoms et Nom	Institutions
Ministère de la Santé PNLP		
1	Dr Eugene Kama LAMA	Coordonnateur National PNLP
2	Pr Alioune CAMARA	Coordonnateur National Adjoint PNLP
3	Dr Moussa KEITA	Ancien CN jusqu'en 2018 PNLP
4	Dr Timothée GUILAVOGUI	Ancien CNA jusqu'en 2018 PNLP
5	Dr Mohamed Binnè CAMARA	Pharmacien PNLP
6	Dr Tanou Joseph KALIVOGUI	Pharmacien PNLP
7	Djebory KOUROUMA	Prise en Charge PNLP
8	Dr. Kolou Bie PIVI	Prise en Charge PEC
9	Dr Nouman DIAKITE	SE PNLP
10	Mohamed DIOUBATE	SE PNLP
11	Kabinè DIANE	Gestionnaire Comptable PNLP
12	Kalil KEITA	Prévention PNLP
13	Yaya BARRY	Prévention PNLP
14	Ibrahima SANOH	Communication PNLP
15	Delphine CAMARA	Communication PNLP
16	Dr Moriba GUILAVOGUI	Partenariat PNLP
17	Dr Nagnouma SANOH	DNPM MS
18	Dr Souleymane DIAKITE	Chef division BSD/MS
19	Dr Pépé BILIVOGUI	MCMR DRS/N'Zérékore
20	Dr Alexis TRAORE	DPS Mandiana
21	Dr Nouonan GBAMOU	ANSS
22	Dr Naby CAMARA	ANSS
23	Ibrahima KABA	Stagiaire PNLP
ICN Guinée		
24	Dr Demba SAMOURA	CSS-ICN
25	Mamady KOUROUMA	RENALP, représentant populations clés
26	Ibrahima CAMARA	Société Civile
27	Yaya FOFANA	Société Civile
Partenaires		
28	Dr Youssoufa LO	MSH/ Conseiller Technique PNLP
29	Dr Eliane MBOUNGA	USAID/PMI
30	Dr Lamine BANGOURA	USAID/PMI
31	Dr Aissata FOFANA	Directrice projet Stop Palu+/RTI PMI/USAID
32	Dr Sitan KEITA	Stop Palu+/RTI PMI/USAID
33	Fanta KABA	Stop Palu+/RTI PMI/USAID

34	Mohamed CONDE	Stop Palu+/RTI PMI/USAID
35	Mamadou Aliou BALDE	Stop Palu+/RTI PMI/USAID
36	Gnouma Benoit TOLNO	Stop Palu+/RTI PMI/USAID
37	Dr Amadou Tidiane DIALLO	Stop Palu+/RTI PMI/USAID
38	Dr Mariam GOBICKO	Stop Palu+/RTI PMI/USAID
39	Dr Patrick CONDO	USAID/PMI
40	Dr Abdoulaye SARR	USAID PMI-CDC
41	Dr Siriman CAMARA	NPO/ATM-OMS Guinée
42	Dr Claude BAHATI	SIAPS
43	Dr Silvain HABA	Childfund
44	Djeneba COULIBALY-TRAORE	Directrice Adjointe FM CRS
45	Daloka DELAMOU	PEC FM CRS
46	Ibrahima BAH	SE FM CRS
47	Dr Donatien NTAMBUE	Conseiller Technique SNIS/BSD-FM CRS
48	Dr Aliou AYABA	Directeur projet FM CRS
49	Mamadou Alpha Kambanya BAH	GAS FM CRS
50	Thierno Amadou DIALLO	GAS FM CRS
51	Mamadi KOULIBALY	PF FM CRS
52	Mory Cherif CAMARA	FIN FM CRS
53	Alhassane CAMARA	PLAN Guinée International
54	Aminata SAMBY	PLAN Guinée International
55	Doussouba OULARE	PLAN Guinée International
56	Fatoumata DIAKITE	PLAN Guinée International
57	Ibrahima DIALLO	PLAN Guinée International
58	Dr Mamadou DIALLO	CHILDFUND
59	Mohamed Thioupy DIALLO	CHILDFUND
Consultants		
60	Pr Masserigne SOUMARE	Consultant international
61	Dr Amadou Sadio DIALLO	Consultant national volet Programmatique
62	Mr Mamady DIAKITE	Consultant national volet Budget