

REPUBLIQUE DE GUINEE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIVISION PREVENTION ET LUTTE CONTRE LA MALADIE

SECTION ENDEMIES

*REPUBLIQUE DE GUINEE
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME*

**EVALUATION DES BESOINS POUR LA
LUTTE CONTRE
LE PALUDISME 2008-2013**

**Initiative « Faire reculer le paludisme »
(ROLL BACK MALARIA)**



Final April 2009

Table des Matières

Liste des acronymes	6
Liste des tableaux.....	4
Liste des graphiques.....	9
Introduction.	10
2. Méthodologie.....	10
3. Profil épidémiologique, données démographiques et socio-économiques.....	11
4. Progrès, besoins estimés et requêtes	18
4.1. Développement des objectifs de 2010.....	18
4.2. Financement en cours	23
4.3. Besoins estimés et requêtes, pour atteindre les objectifs de 2010.....	25
5. Principales interventions	35
5.1. Prévention.....	35
5.1.1. MIIs.....	35
5.1.2. PID.....	40
5.1.3. Lutte Anti - Larvaire	43
5.1.4. Paludisme et grossesse (TPI).....	44
5.2. Gestion des Cas	47
5.2.1. Diagnostic	47
5.2.2. Traitement.....	50
6. Questions transversales	53
6.1. Epidémie/ Control d'urgence	53
6.2. Plaidoyer/CCC/IEC.....	56
6.3. Suivi et Evaluation.....	61
7. Gestion de programmes et des systèmes de santé	64
7.1. Systèmes de santé et Gestion de programmes.....	64
7.3. Renforcement du Système de Santé.....	70
Annexes	81

Remerciements

Ce travail a été possible grâce à la collaboration de tous les partenaires intervenant dans la lutte contre le paludisme en Guinée notamment CCM, OMS , PSI, Plan Guinée, PNL, BHP Billiton, CRS, CCF, HKI, RENALP, CTP, DNA/DNSP, DPLM, SSF et DPLM du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

A toutes les structures visitées et à toutes les personnes qui nous ont assisté dans la récolte des informations, nous formulons de sincères remerciements.

Spécial THANKS à l'équipe de WARN pour les conseils et le support constants.

Les Consultants

Résumé

Dans le cadre du passage à échelle pour l'impact, il a été retenu d'identifier au niveau de tous les pays, les obstacles pouvant entraver l'atteinte des objectifs de **couverture d'au moins 80% de la population à risque d'ici 2010** pour les interventions prioritaires de lutte contre le paludisme. C'est dans ce cadre que le Mécanisme de Coordination Multisectorielle (CCM) du Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Sida ; Tuberculose et le Paludisme de la Guinée en partenariat avec l'Organisation Mondiale de la Santé et Roll Back Malaria (WARN) sont convenus de procéder à l'Évaluation des Besoins pour la Lutte contre le Paludisme en Guinée. Cette évaluation devant servir pour la mobilisation des ressources et la planification rationnelle des activités de lutte dans le pays sera aussi utilisée en vue de l'élaboration de la Proposition Paludisme au 9^{ème} Round de financement du Fonds Mondial. Il s'agissait alors pour Santé Plus, cabinet retenu pour appuyer le pays dans ce processus :

- de déterminer les lacunes programmatiques ; financières et opérationnelles ; ainsi que les contraintes et les possibilités pour atteindre les objectifs Faire reculer le paludisme (FRP) de 2010 ;
- de collecter les informations disponibles pour alimenter la proposition de la 9^{ème} série du Fonds Mondial pour le Sida ; la tuberculose et le paludisme ;
- d'évaluer les besoins du pays pour l'atteinte des objectifs du plan stratégique en collaboration avec les PTF ;
- de faciliter l'élaboration du business plan du pays.

Cette évaluation a été menée par une équipe composée avec l'appui d'un Consultant National d'OMS et l'équipe technique chargé de l'élaboration de la proposition Paludisme composée des représentants des ONG membres du Consortium du R9 (HKI ; PSI ; Plan Guinée ; CRS ; CCF ; RENALP), du secteur privé (Compagnie minière BHP Billiton), du PNLP et de Direction Nationale de la Santé Publique.

Au cours de cette évaluation la méthodologie suivante a été utilisée pour atteindre les objectifs :

- Revue documentaire pour collecter les informations à partir des différentes sources sélectionnées ;
- Interview des représentants du PNLP ; du Ministère de la Santé et des partenaires pour une meilleure compréhension du programme.
- L'outil de Calcul du Need Assessment conçu par RBM pour l'évaluation des besoins pour la détermination des cibles ; l'estimation des besoins en intrants ; le calcul des coûts et la détermination des écarts budgétaires.

Résultats

La Guinée est située dans une zone où le paludisme sévit d'une manière endémique et où 100% de la population (10 182 828 habitants en 2008) est exposé au risque de transmission. Le Pays dispose d'une politique nationale de lutte contre le paludisme ; d'un plan stratégique National et d'un plan de suivi évaluation et les objectifs nationaux concordent avec ceux de RBM.

Pour la mise en œuvre des activités ; la Guinée a bénéficié des subventions du 2^{ème} Round pour un montant de 6 893 509 \$ et du 6^{ème} round d'un montant de 26 988 925 \$. L'Etat guinéen accorde une allocation de 1 .7% du budget national au secteur de la santé et les partenaires interviennent à travers le financement des différentes composantes (MILDA ; PTI ; IEC ; le suivi/évaluation et la Pulvérisation intra domiciliaire) selon leur domaine d'intervention).

- **MILDA** : Certains partenaires financent l'acquisition, la distribution, le suivi et l'évaluation de la prévention du paludisme basé sur l'utilisation des MILDA. Il s'agit notamment du FM (Round 6), de CCF, de l'UNICEF, du CRS, du GAC, de l'APNDS et de l'OMVS. Ceci représente une quantité de 2 151 607 moustiquaires en campagne de masse et 1 302 000 en routine ; le besoin pour atteindre une couverture de 100% s'élève à 7 673 000 MILDA soit un écart budgétaire de 42 121 144 USD.
- **PID** : Cette intervention n'est pas encore retenue dans la politique sanitaire du pays en matière de lutte contre le paludisme. A ce jour, aucune source de financement provenant du ministère de la santé n'est disponible. Par contre BHP Billiton, dans ses zones d'intervention finance chaque année à hauteur de 500 000 USD les activités de lutte contre le paludisme à travers la PID. Le gap pour l'extension des activités dans les régions de la basse Guinée et de la Guinée Forestière est de 37 366 924 USD
- **TPI** : La stratégie de prévention du paludisme chez la femme enceinte basée sur le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine (TPI à la SP) et se fait selon les normes et procédures définies par le PNLP. Cependant, les structures privées ne sont pas encore impliquées, alors que l'objectif d'ici 2010 est d'atteindre 80% des femmes enceintes. La quantité de SP nécessaire pour le TPI est financée par le 2^{ème} round du Fonds Mondial. Le montant disponible pour cette période est de 22 030 USD et le besoin pour l'atteinte des objectifs de RBM est de 416 003.52 USD.
- **Prise en charge des Cas** : L'analyse situationnelle a montré que la prise en charge des cas de paludisme basée sur l'indice de parasitémie n'est pas toujours respectée par la plupart des prescripteurs. Les TDR et réactifs financés par le R6 n'est cependant pas encore disponibles dans les structures sanitaires du pays; ce financement s'élève à 3 825 503 USD soit un gap de 1 611 273 USD.
- **Traitement** : Il existe une politique nationale de prise en charge du Paludisme basée sur l'utilisation des combinaisons thérapeutiques à base de CTA pour la prise en charge du Paludisme simple au niveau des structures sanitaires et communautaire. Pour les cas de paludisme grave la quinine en perfusion est recommandée. Le Fonds Mondial est le seul partenaire actuel qui apporte une contribution au financement du traitement du Paludisme. Le montant disponible pour cette période est de 10 512 838 USD et le besoin pour l'atteinte des objectifs de RBM est de 14 170 100 USD au niveau des structures public. Aucune prévision concernant les CTA n'a été faite pour le niveau communautaire et prive où le besoin est de 38 769 345 USD.

- **Plaidoyer/IEC/CCC** : Le plan intégré de Communication du Paludisme est en cours d'élaboration. Les différentes composantes de communication prises en compte comportent les stratégies d'IEC, de CCC (Communication pour le Changement de Comportement) et de plaidoyer). Certains partenaires financent cette activité en fonction de leur domaine d'intervention. Cependant, un flou demeure sur l'évaluation des montants exacts alloués à ce volet par les différents partenaires.
- **Suivi et évaluation** : Il existe un plan de suivi/évaluation des activités de lutte contre le paludisme qui est en phase de validation provenant du plan stratégique du PNLP. Les indicateurs retenus dans ce plan sont renseignés à partir du Système National d'Information Sanitaire. Le Fond Mondial finance cette stratégie au niveau du pays à hauteur de 1 140 887 USD et le gap s'élève à 5 051 389 USD
- **Gestion de Programme et du Renforcement Institutionnel** : Les activités de planification du programme sont menées avec les différents partenaires. Le plan opérationnel du PNLP est développé à partir du plan stratégique et du projet financé par le Fonds Mondial. Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS, la stratégie retenue est l'intégration des programmes nationaux prioritaires (paludisme, IST/VIH-SIDA, Nutrition, Santé de la Reproduction et Planification familiale, Maternité sans risque et survie de l'enfant, et la Surveillance épidémiologique Intégrée des Maladies à potentiel épidémique). Le financement de la gestion du programme et le renforcement institutionnel est couvert par le R6 à hauteur de 3 317 550 USD et le gap est 13 270 203 USD.
- **L'écart budgétaire globale** s'élève à 133 909 230 USD dont 83 264 405 USD pour les intrants, 13 529 000 USD pour les coûts de distribution et de dispensation ; 5 919 933 USD pour le suivi évaluation et 13 270 203 USD pour la gestion programmatique.

Recommandations: L'élaboration de la nouvelle soumission devra tenir compte des acquis de la subvention R2 et R6 du fonds mondial et des autres partenaires pour une meilleure rationalisation des ressources, des gaps identifiés tout en mettant l'accent sur le développement de la dimension communautaire et l'intégration effective des secteurs privé et confessionnel dans les activités de lutte contre le paludisme en Guinée.

Liste des acronymes

AC	Agent Communautaire
ACT	Combinaison Thérapeutiques à l'Artémisinine
AGF	Agence de Gestion Financière
APNDS	Projet d'Appui au Plan National de Développement Sanitaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATS	Agent Technique de Santé
AV	Accoucheuse Villageoise
CCF	Christian Children's Fund
CCM	Country Coordination Mechanism
CCSP	Cellule de Coordination et de Suivi des Programme
CMC	Centre Medical Communal
CPN	Consultation Périnatale
CRD	Communauté Rurale de Développement
CRS	Catholic Relief Service
CS	Centre de Santé
CSA	Centre de Santé Amélioré
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DCS	Direction Communale de la Santé
DH	Directeur d'Hôpital
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DPM	Direction de la Prévention Médicale
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSR	Division Santé de la Reproduction
EDS	Enquête Démographique et Santé
EIBEP	Enquête Intégrée de Base pour l'Evaluation de la Pauvreté
FM	Fonds Mondial
FRP	Faire Reculer le Paludisme
GFATM	Global Fund Aids, Tuberculose and Malaria
HKI	Helen Keller International
IDH	Indice de Développement Humain
IEC/CCC	Information Education Communication/ communication pour le Changement de Comportement
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JMP	Journée Mondiale de lutte contre le Paludisme

LAV	Lutte Anti Vectorielle
MII	Moustiquaires Imprégnées d’Insecticides
MICS	Multiple Indicators Cluster Surveys
MIS	Malaria Indicators Surveys
MILDA	Moustiquaires Imprégnées Longue Durée d’Action
MSHP	Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique
ND	Non Disponible
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMVS	Organisation pour la mise en Valeur du fleuve Sénégal
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la Lutte contre le SIDA
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfance
PEC	Prise En Charge des Cas
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIC	Plan Intégré de Communication
PID	Pulverisation Intra Domiciliaire
PMA	Paquet Minimum d’Activités
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSI	Population Service International
PTF	Partenaires Technique et Financiers
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RBM	Roll Back Malaria
RENALP	Réseau National de Lutte contre le Paludisme
RGPH	Recensement Général de la Population et de l’Habitat
S&E	Suivi Evaluation
SIDA	Syndrome d’Immuno Déficience Acquis
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SNIGS	Système National d’Information et Gestion Sanitaire
SNIS	Système National d’Information Sanitaire
SR	Santé de la Reproduction
TB	Tuberculose
TDRs	Tests de Diagnostic Rapides
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UNFPA	Fonds des Nations Unies Pour la population
UNICEF	United Nations Children’s Fund

USD	United States Dollars
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

Liste des Tableaux

- Tableau 1.** Indicateurs sanitaires et socio-économiques
- Tableau 2.** Démographie
- Tableau 3.** Population à risque de paludisme par stratification épidémiologique
- Tableau 4.** Interventions RBM (et par pays concerné). Indicateurs et cibles. PNLP (Programme National de Lutte contre le Paludisme)
- Tableau 5.** Les principaux bailleurs de fonds et leurs domaines d'intervention
- Tableau 6.** Financements en cours par année (2008-2013), (USD)
- Tableau 7.** Objectifs, stratégies, progrès et activités additionnelles nécessaires pour les principaux domaines d'intervention
- Tableau 8.** Résumé des écarts financiers par domaines d'intervention (USD)
- Tableau 9.** Résumé des écarts financiers par type de coûts (USD)
- Tableau 10a.** Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et Coûts de distribution, MII (USD)
- Tableau 10b.** Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et Coûts de distribution, PID (USD)
- Tableau 10c.** Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et Coûts de distribution, TPI (USD)
- Tableau 10d.** Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et coûts de dispensation, Diagnostic (USD)
- Tableau 10e.** Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et coûts de dispensation, Traitement (USD)
- Tableau 11.** Besoins de Financement – Domaines Transversaux (USD)
- Tableau 12.** Besoins de financement en MII's pour atteindre les objectifs de 2010 de l'initiative RBM
- Tableau 13.** PID Besoins de financement pour atteindre les objectifs de RBM en 2010 (USD)
- Tableau 14.** TPI. Besoins de financement pour atteindre les objectifs de RBM en 2010.
- Tableau 15.** Besoins de financement pour les Services de Diagnostic afin d'atteindre les objectifs de RBM 2010 (USD).
- Tableau 16.** Besoins de financement pour le traitement en vue d'atteindre les objectifs de RBM en 2010.
- Tableau 17.** Besoins de financement pour les situations d'épidémie et d'urgence (USD)
- Tableau 18.** Besoins de financement pour les activités de plaidoyer, d'IEC/CC (USD)
- Tableau 19.** Besoins Financiers pour la Supervision, le S&E et la Recherche Opérationnelle (USD).
- Tableau 20.** Besoins d'appui des Partenaires du PNLP, rôles et couverture/capacité de mise en œuvre
- Tableau 21.** Normes en Personnel, Personnel Actuel et Besoins
- Tableau 22.** Structures de santé publique et infrastructures
- Tableau 23.** Résumé des Besoins en Gestion de Programme et du Renforcement Institutionnel
- Tableau 24.** Décomposition des coûts de la lutte anti larvaire/gestion de l'environnement
- Tableau 25.** Nombre de structures de santé par méthode de diagnostic

Liste des graphiques

Carte 1 : Morbidité palustre en Guinée en 2004

Figure 1: Organigramme fonctionnel du programme national de lutte contre le paludisme

Figure 2 : Organigramme de la gestion des approvisionnements et des stocks

1. Introduction

Malgré l'augmentation des ressources financières disponibles et les efforts concertés déployés par les programmes nationaux de lutte contre le paludisme en Afrique sub-saharienne, le paludisme reste le principal problème de santé publique. En effet, les résultats observés n'ont pas été à la hauteur des attentes. Ainsi, il est impératif mettre en place un programme de mise à échelle accélérée des interventions de base pour atteindre l'objectif d'une réduction de moitié de la morbidité et de la mortalité liée au paludisme d'ici 2010.

Dans ce contexte, la république de Guinée à l'instar des pays de la sous région a développé une évaluation de besoins qui a pour objectifs :

- de déterminer les lacunes programmatiques, financières et opérationnelles, ainsi que les contraintes et les possibilités pour atteindre les objectifs « **Faire reculer le paludisme (FRP)** » de 2010 ;
- de collecter les informations disponibles pour alimenter la proposition de la 9^{ème} série du Fonds Mondial pour le Sida, la tuberculose et le paludisme ;
- d'évaluer les besoins du pays pour l'atteinte des objectifs du plan stratégique en collaboration avec les PTF ;
- de faciliter l'élaboration du Business Plan du pays.

Cette évaluation des besoins a été menée du 24 février au 05 mars 2009 par une équipe constituée du consultant international de Santé Plus, Dr Amadou MBAYE, Dr Yatma DIOUF (Santé Plus) et du consultant national Dr Siriman Camara avec tous les partenaires de lutte contre le paludisme en Guinée (Plan International Guinée, HKI, CCF, BHP Billiton, CCM, PSI, CRS, DNA/DNSP, RENALP, OMS, PNLP, MSHP).

L'appui technique et financier pour la réalisation de ce travail a été fourni par le bureau de l'OMS en Guinée avec Dr Amadou Baldé comme point focal.

2. Méthodologie

L'équipe a collecté des données et informations à partir de différentes sources, notamment document de politique nationale de Lutte contre le paludisme 2006-2010, le Plan national de développement sanitaire 2008-11 et d'autres documents relatifs aux plans ou à la mise en place du programme de lutte contre le paludisme ainsi qu'à ses interventions essentielles.

La documentation provenant d'autres services du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ainsi que des partenaires extérieurs importants, ayant également contribué à la planification, à la mise en œuvre et à la revue du programme de lutte contre le paludisme, les résultats des recherches menées dans le domaine ont également été examinés.

Des entrevues approfondies ont été menées avec des représentants du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) en appliquant les directives de l'Évaluation des besoins FRP concernant la collecte des données qualitatives et quantitatives, afin d'acquérir une bonne compréhension de ce programme.

Des entrevues avec les informateurs clés ont ensuite été menées avec les autres employés du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, les partenaires et les bailleurs de fonds.

3. Profil épidémiologique, données démographiques et socio-économiques

Géographie et Climat

La République de Guinée est située dans la partie occidentale du continent africain, à mi-chemin entre l'équateur et le tropique du cancer, entre 7° et 12° de latitude nord et 8° et 15° de longitude ouest. Sa superficie totale est de 245.857 Km².

Le pays est limité : à l'Ouest par l'océan atlantique et la Guinée Bissau ; au Nord par le Sénégal et le Mali ; à l'Est par la Côte d'Ivoire ; au Sud par le Liberia et la Sierra Leone.

Du point de vue géo-écologique, la Guinée est subdivisée en quatre régions naturelles bien distinctes et intérieurement homogènes qui sont : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée Forestière. 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.

Trois grands fleuves : Sénégal, Niger et Gambie y prennent leurs sources lui conférant ainsi le « Château d'eau de l'Afrique Occidentale »

Démographie

Sur la base du taux national d'accroissement annuel qui est de 3,1%, la population totale du pays est estimée en 2008 à 10 182 926 habitants (RGPH 1996). La densité moyenne pour l'ensemble du pays est de 41 habitants au km². L'Indice de Développement Humain (IDH) est de 0,414.

La population vit essentiellement en milieu rural (70%). Plus de la moitié de la population urbaine réside dans la capitale Conakry. Le rythme d'accroissement de la population urbaine (4.1%) est à l'image de la plupart des pays de la sous-région.

Selon les données de l'EDS 2005, la population est majoritairement constituée de femmes (51%). Les principaux groupes cibles à couvrir par les interventions de lutte contre le paludisme sont constituées par les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Le pourcentage de femmes enceintes attendues au cours de l'année 2008 est de 4,5%, soit à 458 233 tandis que celui des enfants de moins de 5 ans est de 18%, soit 1639435

Au plan administratif, la Guinée est subdivisée en 8 régions administratives y compris la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée. Le pays compte 38 districts sanitaires (33 préfectures et 5 communes à Conakry) et 304 Communautés Rurales de Développement (CRD). Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers (urbains) et 1615 districts (ruraux).

Situation politique, socio-économique et sanitaire

La situation politique de la Guinée demeure instable depuis plusieurs décennies. La transition politique vers le changement souhaité par les Guinéens se faisait au ralenti et émaillée d'instabilité sécuritaire. Mais l'annonce du décès du Président Lansana Conte le 22 Décembre 2008 a subitement accéléré le cours des événements. En effet, dans les heures qui ont suivi, une junte militaire avec à sa

tête, le Capitaine Moussa Dadis Camara prend le pouvoir sans effusion de sang et décide la dissolution du gouvernement, des institutions républicaines et la suspension de la constitution. Le pays est désormais gouverné par ordonnances sous le commandement du Conseil National pour la Démocratie et le Développement composé de 32 membres dont 26 militaires. Un train de mesures est annoncé pour la sécurité et la molarisation de la vie publique notamment le remplacement de tous les Gouverneurs et Préfets par des militaires. Un Premier Ministre civil, Chef de Gouvernement est nommé avec ses attributions définies par ordonnance une semaine après la prise du pouvoir. Les condamnations et menaces de la communauté internationale, de l'Union Européenne sont plutôt une invite à un retour rapide à l'ordre constitutionnel.

La Guinée a été dotée d'importantes potentialités agricoles et minières par la nature qui constituent des atouts majeurs pour son développement économique et social. L'agriculture, l'élevage et la pêche y sont propices à cause de la pluviométrie, du climat et de la végétation. Le sous-sol est riche en bauxite, or, fer, diamant, etc. En dépit de ces atouts, la Guinée reste un pays pauvre. En effet, près de 49,2% de la population se trouve dans une situation de pauvreté absolue selon les données l'EIBEP 2002/2003.

Le revenu national brut par tête d'habitant est passé de 450 \$ US en 2000 à 387,7US en 2004.

Sur le plan sanitaire, l'état de santé des populations Guinéennes demeure très préoccupant avec des taux de mortalité et infantile très élevés respectivement de 980 pour 100 000 naissances vivantes et 91 pour 1 000 naissances vivantes. A cela, s'ajoute la forte prévalence de certaines affections comme les maladies ré émergentes qui prennent de plus en plus une place alarmante dans le tableau épidémiologique du pays. Ainsi, la fièvre jaune a fait sa réapparition dans le pays depuis 2000 et des cas sont notifiés périodiquement.

De ce fait, le profil sanitaire du pays est caractérisé par des indicateurs qui pour la plupart, sont en dessous des seuils minimaux internationaux.

Épidémiologie et fardeau du paludisme

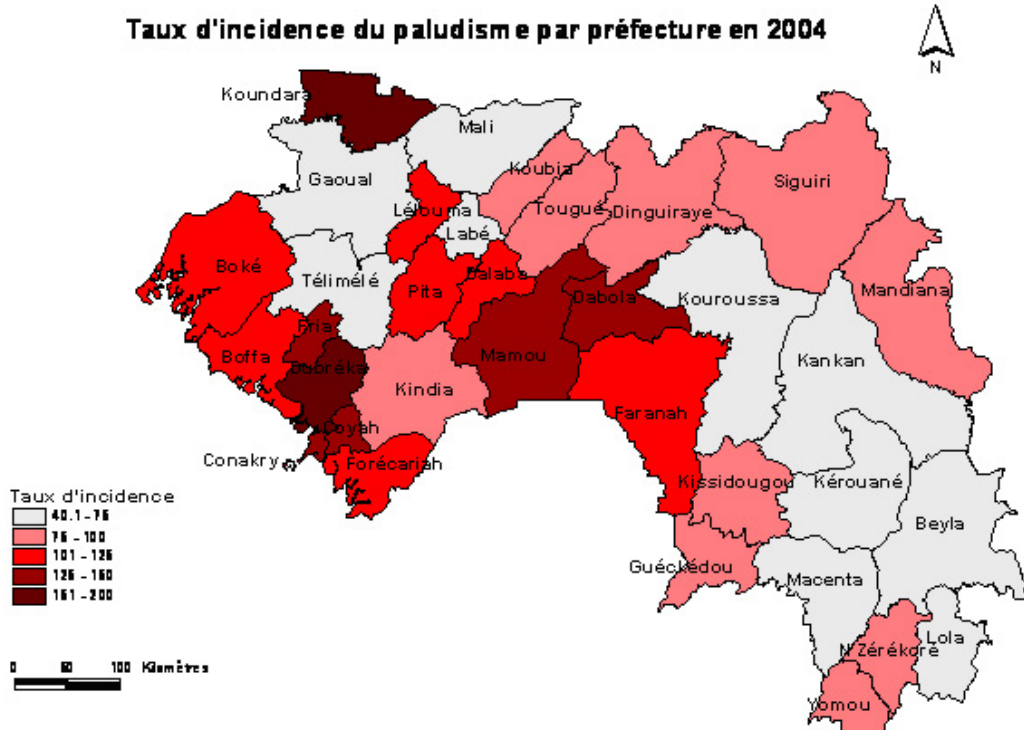
En Guinée, le paludisme demeure un problème majeur de santé publique de par son impact sur la mortalité, la morbidité et ses répercussions socio-économiques sur les populations.

Les données statistiques disponibles font ressortir que ce fléau représente la première cause de consultation et d'hospitalisation dans les formations sanitaires, respectivement 33,6 % et 25 ,4 % plus de 850 000 épisodes de paludisme et 22 292 hospitalisations ont été enregistrés dans les formations sanitaires (SNIS 2005). Les enfants de moins de 5 ans payent le plus lourd tribut avec 31% des consultations, 25% des hospitalisations et 14% des décès hospitaliers (Annuaire Statistique 2005).

Le paludisme a un impact négatif sur le budget des familles et de l'Etat. Selon l'étude d'impact socioéconomique réalisée en 2004, le nombre de journées perdues est estimé à 2 353 001 pour les malades et 1 705 388 pour les accompagnateurs. Son traitement et sa prévention constituent une charge importante et difficilement supportable par l'état et les familles particulièrement dans un contexte de pauvreté. Selon la même étude, le coût du paludisme sur l'économie guinéenne a été estimé à 135 265 782 026 GNF en 2002 soit 54 106 313 USD dont environ 83 % sont supportés par les ménages. Il faut noter que le coût de la prévention du paludisme (utilisation de moustiquaires, spirales, pulvérisation intra domiciliaires, chimioprophylaxie...) représente 43 % du coût total.

Nous savons que ces données ne représentent pas la situation réelle du fait du manque d'informations sur les structures de soins privées et la non prise en compte des cas de paludisme pris en charge au niveau communautaire.

Carte 1 : Morbidité palustre en Guinée en 2004



Le profil épidémiologique ainsi que les données démographiques et socio-économiques ont été essentiellement déterminés à l'aide de l'Enquête de Démographie et de Santé de 2005.

Tableau 5. Indicateurs sanitaires et socio-économiques

Indicateur	Taux/Ratio	Source (et année)
Taux brut de natalité	38 ,4 pour 1000	EDS III 2005
Taux brut de mortalité	12 pour 1000	Administration-MSP 2005
Taux de croissance	3,1	EDS III 2005
Mortalité néonatale	39 pour 1000	EDS III 2005
Mortalité infantile	91 pour 1000	EDS III 2005
Mortalité des enfants en dessous de 5 ans (Infanto-Juvenile)	163 pour 1000	EDS III 2005
Taux de Mortalité maternelle	980 pour 100000	EDS III 2005
Pourcentage de femmes ayant fait au moins une CPN	78,4 %	EDS III 2005
Pourcentage de femmes ayant fait au moins 2 CPN	57,4 %	EDS III 2005
Accouchements par des professionnels (Accouchement Assisté)	38 %	EDS III 2005
Indice synthétique de Fécondité	5,7	EDS III 2005
Prévalence du VIH dans la tranche d'âge 14-49 ans	1,5 %	EDS III 2005
Espérance de vie	54 ans (1996)	DSRP 2007
Taux brut de scolarisation des filles	70 %	Annuaire statistique du service national des statistiques et de planification scolaire 2005-2006 EDS III 2005
Taux brut de scolarisation des garçons	86 %	Annuaire statistique du service national des statistiques et de planification scolaire 2005-2006
Taux d'Alphabétisation des femmes	22,1%	EDS III 2005
Taux d'Alphabétisation des hommes	55,5 %	EDS III 2005
Indice de pauvreté (pourcentage de population vivant en dessous du seuil de pauvreté : moins de 1 dollar par jour)	53,6	EDS III 2005
Taux d'urbanisation	30 %	EDS III 2005
% du budget pour la santé	1,7%	SP-SRP-Rapport d'étape 2005
% du budget pour l'éducation	5,8%	SP-SRP-Rapport d'étape 2005

Comme les autres pays de la sous région, la Guinée présente une espérance de vie de 54 ans contre 49 en Guinée, 49,51 au Mali, 49,21 au Burkina Faso, 56,69 au Sénégal et 59,12 au Ghana.

Avec un taux de fécondité à 5,7%, un taux brut de natalité à 38,4‰ et un taux de brut de mortalité à 12‰, la Guinée connaît un taux d'accroissement de 3,1% selon les dernières sources de l'EDS III 2005.

On note par ailleurs un taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans assez élevé de 163‰ et un taux de mortalité infantile à 91‰.

Avec un taux de scolarisation relativement bas (70% pour les filles et 86% pour les garçons) et un taux d'alphabétisation de 22,1% et 55,2% respectivement pour les filles et les garçons, la Guinée connaît un indice de pauvreté assez élevé avec plus de 53,6% de la population qui vit en dessous du seuil de la pauvreté.

Tableau 6. Démographie

Indicateur	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Source (et année)
Population Totale	10.182.828	10.498.496	10.823. 949	11.159492	11505436	11862104	RGPH projection 1996
Taille moyenne des concessions	6,1	6,1	6,1	6,1	6,1	6,1	RGPH projection 1996
Nombre total de concessions	1.669.316	1.721.065	1.774.418	1.829.425	1.886.137	1.944.607	RGPH projection 1996
Nombre de femmes enceintes* (4,5 %)	458.227	472.432	487.078	502.177	517.745	533.795	RGPH projection 1996
Nombre d'enfants (0-14 ans) (48,4%)	4928489	5081272	5238791	5401194	5568631	5741259	EDS III 2005
Nombre d'enfants en dessous de 5 ans** (16,1 %)	1.639.435	1.690.258	1.742.656	1.796.678	1.852.375	1.639.435	EDS III 2005
Pourcentage de la population vivant en zone urbaine (30%)	30%	30%	30%	30%	30%	30%	EDS III 2005

Avec un taux d'accroissement de 3,1%, la Guinée compte 10 182 828 Habitants en 2008 et selon les estimations de RGPH Projection 1996, cette population sera portée à 11 862 104 en 2013. Cette population est répartie dans 1.669.316 concessions en 2008 soit une taille moyenne des ménages de 6,1 habitants. La proportion des enfants de moins de 5 ans est fixée à 16,1% selon les mêmes sources (1.639.435 enfants en 2008). La proportion de la population vivant en zone urbaine est estimée à 30% en 2008 et 30% en 2013.

Le paludisme constitue le premier problème de santé publique en Guinée. Bien que toute la population soit exposée au risque, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes constituent les couches les plus vulnérables. Selon l'Annuaire statistique 2005 du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le paludisme représentait chez les moins de 5 ans plus de 31% des consultations, 25% des hospitalisations et 14% des décès hospitaliers. Plus de 943 000 cas de paludisme ont été notifiés par les structures sanitaires en 2006 dont 33 % chez les moins de 5 ans

La saison pluvieuse est la période où le plus grand nombre de cas est enregistré avec des pics en juillet et août.

Les principaux vecteurs responsables de l'infection sont *A. gambiae* (prédominant) et *A. funestus*.

L'espèce plasmodiale la plus couramment rencontrée est le *Plasmodium falciparum* (98%) qui est responsable du paludisme grave. Les autres espèces sont le *Plasmodium malariae* 1.5% et le *Plasmodium ovalae* 0.5%.

Les régions de savane (Haute - Guinée) et de montagnes (Moyenne - Guinée) sont les moins touchées avec des incidences annuelles respectives de 53 %° et 86%°. Celles de la Guinée Forestière (à forêt dense) et de la Basse - Guinée (marécageuse) sont les plus affectées avec des taux allant jusqu'à 244%°.

Tableau 7. Population à risque de paludisme par stratification épidémiologique

Indicateurs	Nombre	Pourcentage	Source (et année)
Population vivant dans des zones de paludisme stable (2008)	10.182.828	100%	Annuaire statistique sanitaire 2005-2006
Population vivant dans des zones de paludisme instable	0	0	Annuaire statistique sanitaire 2005-2006
Population vivant dans des zones non affectées par le paludisme	0	0	Annuaire statistique sanitaire 2005-2006

La Guinée est située dans une zone de paludisme stable avec une recrudescence de la transmission en saison de pluies. 100% de la population est ainsi exposée au risque de transmission. La principale espèce parasitaire reste le *Plasmodium falciparum* présent dans plus de 90% des cas. *Anopheles gambiae* reste le principal vecteur de transmission de cette maladie dans le pays. Les autres espèces telles que *A. funestus*, et *A. nilii* sont secondaires.

4. Progrès, besoins estimés et requêtes

4.1. Développement des objectifs de 2010

Le tableau 4 présente l'ensemble des indicateurs du pays tirés du plan stratégique 2006-2010. Les objectifs nationaux sont généralement compris entre 100 % et 80 % selon qu'il s'agisse d'indicateurs de couverture ou d'utilisation. Afin de s'aligner aux objectifs de couverture universelle de RBM révisés pour 2010, les indicateurs de couverture du pays ont été revus à la hausse (100% de couverture) en ce qui concerne les MILDA et le TPI. Il faut accentuer les efforts surtout en ce qui concerne la Gestion des cas en développer les stratégies pour rendre disponible les moyens diagnostiques et thérapeutiques sur toute l'étendue du territoire car pour ces indicateurs, les objectifs sont loin d'être atteints d'ici 2010.

Tableau 8. Interventions RBM (et par pays concerné). Indicateurs et cibles. PNLP (Programme National de Lutte contre le Paludisme)

Indicateurs	Année de base	PNLP Cible 2008	PNLP Cible 2009	PNLP Cible 2010	PNLP Cible 2011	PNLP Cible 2012	PNLP Cible 2013	RBM Cible 2010	PNLP exécuté 2006/2007
Taux de mortalité brut (enfants de moins de 5 ans)	98 ‰ (1999)				50 % à partir de 1999				91‰ (2005)
Mortalité attribuée au paludisme (tous âges)	15,27 % (2005)				50 % à partir de 2000			50% réduction à partir de 2000	
Mortalité attribuée au paludisme (enfants de moins de 5 ans)	14 % (2005)				50 % à partir de 1999			50% réduction à partir de 2000	
Mortalité attribuée au paludisme (5 ans et plus)	1,27 % (2005)				50 % à partir de 1999			50% réduction à partir de 2000	
Morbidité attribuée au paludisme (tous âges)	39 % (2006)				50 % à partir de 1999			50% réduction à partir de 2000	
Morbidité attribuée au paludisme (enfants âgés de moins de 5 ans)	30,8 % (2006)				50 % à partir de 1999			50% réduction à partir de 2000	
Morbidité attribuée au paludisme (5 ans et plus)	8,2 % (2006)				50 % à partir de 1999			50% réduction à partir de 2000	

Indicateurs	Année de base	PNLP Cible 2008	PNLP Cible 2009	PNLP Cible 2010	PNLP Cible 2011	PNLP Cible 2012	PNLP Cible 2013	RBM Cible 2010	PNLP exécuté 2006/2007
Taux de létalité des cas de paludisme chez les enfants en dessous de 5 ans	28 % (2002)				50 % à partir de 1999			50% réduction à partir de 2000	
Taux de létalité des cas de paludisme chez les 5 ans et plus	ND				50 % à partir de 1999			50% réduction à partir de 2000	
% d'enfants fébriles de moins de 5 ans qui reçoivent un traitement correct dans les 24 heures	22 % (2002)			40%				80%	
% de fièvre/paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans pris en charge correctement dans les services de santé	37% (2002)			80%					
% Paludisme grave chez des enfants en dessous de 5 ans pris en charge correctement dans les services de santé	43 % (2006)			80%					
Nombre de cas d'hospitalisation due au paludisme (tous âges)	21456 (2006)								
Nombre de cas d'hospitalisation dus au paludisme (enfants de moins de 5 ans)	8057 (2006)								
Nombre de cas d'hospitalisation dus au paludisme (5ans et plus)	13399 (2006)								
% de femmes enceintes prenant	66 %			80%				80%	

Indicateurs	Année de base	PNLP Cible 2008	PNLP Cible 2009	PNLP Cible 2010	PNLP Cible 2011	PNLP Cible 2012	PNLP Cible 2013	RBM Cible 2010	PNLP exécuté 2006/2007
au moins deux doses de SP pour le TPI	(2007)								
Proportion de la population à risque de paludisme protégée par des mesures de prévention adéquates (MII, PID)	26,8 % (MII) (2005) 0,03 % (PID) (2008)			MII (60%) PID (0%)				80%	
% de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées (MII)	0,4 % (2005)			60%				80%	
% de femmes enceintes dormant sous moustiquaires	12,8 % (2005)			60%					
% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire imprégnée (MII)	0,3 % (2005)			60%				80%	
% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires	12% (2005)								
Nbre de moustiquaires imprégnées à l'insecticide dans les derniers 12 mois	238.632 (2008)								
% de concessions ayant au moins une MII	0,5 % (2005)			60%					
Proportion de concessions pulvérisées au niveau des zones cibles	0,7% (2008)			0%				Au moins 80% dans les zones	

Indicateurs	Année de base	PNLP Cible 2008	PNLP Cible 2009	PNLP Cible 2010	PNLP Cible 2011	PNLP Cible 2012	PNLP Cible 2013	RBM Cible 2010	PNLP exécuté 2006/2007
								ciblées	
Proportion de la population des zones cibles protégées par les PID	0,06% (2008)			0%					

4.2. Financement en cours

Il y a une amélioration des allocations budgétaires à la lutte contre le paludisme. L'Etat guinéen a augmenté substantiellement ses allocations budgétaires au secteur de la santé (1,7% de budget national) et de plus en plus de partenaires appuient le PNLP à travers le financement des différentes composantes des plans stratégiques.

Les domaines d'intervention qui bénéficient plus fréquemment de l'appui des partenaires sont par ordre d'importance, les MII, le TPI, l'IEC/CCC, le suivi évaluation. Par ailleurs la PID a un seul bailleur, notamment BHP Billton (Cf Tableau 5 sur la répartition des partenaires par composante).

Si les appuis par domaine d'intervention sont clairement connus et rapportés par le PNLP, il n'en est pas de même pour les montants des financements, certains bailleurs ou ONG n'ayant pas pu communiquer leurs enveloppes financières.

Aussi dans l'état actuel des informations disponibles, nous avons les répartitions annuelles des appuis budgétaires par partenaire et par domaine d'intervention de 2008 à 2013 (voir tableau 6).

Tableau 5. Les principaux bailleurs de fonds et leurs domaines d'intervention

Organisations	Domaines d'intervention									
	MII	PID	Lutte anti-larvaire	TPI	Diagnostic	Traitement	IEC/CCC	Epidémie	S&E	Gestion de programme
Ministère de la santé (y compris APNDS)	917730				240 000	819 000				603795
GFATM (Fonds Mondial)	8 223 799				593 362	15 749 802	971 008		348 655	1102 293
UNICEF (UNITAID)	7 915 000									
OMS	42 000			10 000	10 000	45 000	4 000		10 000	
OMVS	5 515 585						160 658		261143	316 950
Rio Tinto	500 000									
BHP Billiton		800 000					200000			

Tableau 6. Financements en cours par année (2008-2013), (USD)

Organisation	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Source
Ministère de la santé (APNDS)		1 917 489	180 759	180 759	150 909	150 909	Budget national Volet santé
GFATM (Fonds Mondial)	13.347.132	4.002.266	5.704.514	1.746.296	2.188.717		Budget Round 6
UNICEF/UNITAID		7.915.000					Plan d'action 2009
OMS		121.000					Plan d'action 2009
OMVS		3.127.168	3.127.168				Budget 2009, 2010
BHP Billiton	500 000	500 000					Budget 2008, 2009
Rio Tinto		100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	Plan d'action Volet Santé

4.3. Besoins estimés et requêtes, pour atteindre les objectifs de 2010

Les tables 7 – 11 sont des résumés de tous les besoins, financiers (Tableaux 8 – 11) et autres besoins (Tableau 7)

Afin d'atteindre les objectifs de mise à échelle de interventions au niveau du pays, plusieurs stratégies ont été renforcées ou initiées. Il s'agit de :

1. **La distribution des MILDAs à 100% de la population** : Cette distribution sera initiée par une grande campagne de masse en 2010 où trois (3) moustiquaires par ménages seront distribuées. Elle sera ensuite soutenue par deux autres approches de distribution que sont : la distribution de routine au niveau des services de CPN et de PEV des formations sanitaires et la distribution communautaire de remplacement après la campagne. En effet, le pays prévoit de remplacer une moustiquaire sur 4 au niveau des ménages tous les ans (pour cause de perte ou de déchirure) afin de maintenir le niveau de couverture à 100%. Plusieurs activités additionnelles sont retenues pour une meilleure mise en œuvre de cette stratégie parmi lesquelles on note :
 - Le Renforcement organisationnel et institutionnel du secteur communautaire
 - Le Renforcement de la Coordination des actions des partenaires
 - La mise en place d'un comité pluridisciplinaire pour la préparation et l'organisation des campagnes de distribution
2. **La Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID)**. Cette stratégie de prévention qui n'est pas encore planifiée est prévue comme projet pilote au niveau de deux districts du pays. Elle devrait s'accompagner d'un bon renforcement de capacité du personnel et nécessite une assistance technique spécifique pour l'organisation et la mise en œuvre des activités.
3. **Paludisme et grossesse** : Cette stratégie qui était jusqu'à présent recouverte avec la vente de la SP sera désormais rendue gratuite au niveau de tous les services de CPN du pays pour couvrir 100% des femmes qui viennent en consultation prénatale. Elle sera faite sous observation directe et nécessitera un renforcement du système de santé. En outre, elle requière également le renforcement des capacités des prestataires de CPN et la mise à disposition d'outils adaptés pour le Suivi/Evaluation de cette activité.

4. **La prise en charge rapide et efficace des cas** : Afin de mettre en œuvre cette stratégie clé, le pays a planifié : (1) de mettre les ACT jusqu'au niveau communautaire pour les enfants de moins de 5 ans et (2) de renforcer le traitement des cas au niveau des formations sanitaires en introduisant les TDR comme élément de diagnostic et de rationalisation des ACT. Cette amélioration de la prise en charge des cas se fera aussi par le renforcement du système de diagnostic microscopique au niveau de tous les hôpitaux de références du pays. Ceci devrait nécessiter l'achat de nouveaux microscopes, la formation ou la mise à niveau du personnel technique, l'appui aux écoles de formation de base et le contrôle régulier de la qualité des examens réalisés.

Tableau 7. Objectifs, stratégies, progrès et activités additionnelles nécessaires pour les principaux domaines d'intervention

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
MII	100 %	<ul style="list-style-type: none"> -Distribution gratuite de moustiquaires imprégnées au niveau des ménages -Imprégnation gratuite de moustiquaires existante -Distribution des moustiquaires aux enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes dans les structures de santé - Formation des agents et AC sur la technique d'imprégnation des moustiquaires ; Mise en place et dotation des unités d'imprégnation et de réimprégnation des moustiquaires - IEC/CCC au niveau des communautés -Plaidoyer auprès 	<ul style="list-style-type: none"> -131 000 distribuées -283 632 moustiquaires ordinaires -Faible coordination des interventions des acteurs dans le domaine des MII -Faible implication des sous bénéficiaires dans la mise en œuvre -Insuffisance de cadre de concertation, planification intégrée et de suivi évaluation -Faible capacité de gestion et coordination des MII du PNLP -Sous estimation des besoins en MILDA -Accès géographique difficile des communautés aux MII 	<ul style="list-style-type: none"> Création d'un cadre de concertation et de coordination de tous les intervenants et fournisseurs de MILD, par exemple un sous comité au sein de la CCM chargé de recenser tous les intervenants, leurs zones d'action et visant à élaborer un plan de distribution pour combler le GAP dans tout le pays Renforcement de la communication pour le CCC Organisation de campagne de distribution de masse Amélioration de l'implication des communautés

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
		des décideurs	-Faible implication des communautés	
PID	Au moins 80% des concessions des zones ciblées	Traitement de toutes les concessions familiales deux fois par an à l'aide de la Deltametrine Sensibilisation-assainissement du milieu	La PID n'est pas retenue comme une priorité dans les activités de lutte contre le paludisme au niveau du pays La faible implication des partenaires dans les activités de la PID	Veiller à bien documenter cette phase pilote de la PID, disséminer les résultats de l'évaluation de la phase pilote en utilisant les travaux de BHP Billiton
Paludisme et Grossesse	100 %	Administration de SP deux fois durant la grossesse en présence du prestataire Administration de trois doses de SP aux femmes enceintes vivant avec le VIH, celles drépanocytaires avec anémie persistante et aux adolescentes enceintes de moins de 19 ans ; - prise en charge des cas de paludisme simple ou grave -IEC/CCC	L'acceptabilité de la SP les prestataires L'insuffisance des acteurs communautaires formés pour l'application de la SP L'insuffisance de personnels de santé qualifiés L'insuffisance/manque de moyens logistiques Manque de motivation des agents communautaires La multiplicité des tâches dévolues aux Agents de santé/Communautaires par rapport aux différents programmes (TB, VIH, PCIME, Malaria etc.) Mauvaise	Formation des acteurs communautaires pour l'application de la SP Recrutement et redéploiement des prestataires de service Définition de priorités dans les tâches dévolues aux ASC Renforcer la coordination entre les services de santé de la reproduction et le PNLP

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
			répartition géographique des prestataires qualifiés	
Diagnostic	80 %	<p>-Fourniture de Microscope, réactifs et de matériel pour le Test de Dépistage Rapide à tous les CS ;</p> <p>Mise à disposition de l'ordinogramme à tous les CS ;</p> <p>Formation/recyclage des agents de santé sur le TDR et la microscopie</p>	<p>Les TDR ne sont pas encore disponibles et ne concernent pas l'ensemble des formations sanitaires notamment les privées et les sociétés minières</p> <p>Les microscopes et réactifs de laboratoires ne sont pas encore disponibles en quantité suffisante.</p> <p>-Nombre insuffisant de ressources humaines qualifiées</p>	<p>Rendre disponible les TDR dans l'ensemble des formations sanitaires</p> <p>Renforcer les compétences du personnel de santé dans l'utilisation des TDR</p> <p>Acheter et distribuer en quantités suffisantes des microscopes et réactifs de laboratoire</p>
Traitement	80 %	<p>Fourniture de CTA aux structures de santé ;</p> <p>Formation des agents de santé sur l'utilisation des CTA</p>	<p>Les CTA ne sont pas disponibles dans les toutes les structures sanitaires du pays.</p> <p>La disponibilité prend en compte seulement les structures publiques</p> <p>Tous les prestataires ne pas encore formés à l'utilisation des CTA</p>	<p>Rendre disponible les CTA dans l'ensemble des formations sanitaires</p> <p>Actualiser et adapter les manuels/ directives de formation des prestataires</p>

Tableau 8. Résumé des écarts financiers par domaines d'intervention (USD)

Intervention de Bases	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
MIIs	0	0	31 235 144	1 071 000	1 204 000	1 330 000	42 137 144
PID	5 762 346	5 940 978	6 125 149	6 315 028	6 510 794	6 712 629	37 366 924
TPI	64 151	44 110	68 190	70 304	72 484	74 731	416 003
Diagnostic	110 024	807 768	1 394 284	949 273	588 497	3 279 015	7128861
Traitement	12 404 293	10 514 212	5 997 176	7 928 894	7 924 604	8 170 266	52 939 445
Epidémies et Urgences	1 340 000	1 340 000	1 340 000	1 340 000	1 340 000	1 340 000	8 040 000
Suivi évaluation	88 369	850 167	2 323 280	1 023 820	697 570	323 546	5 051 389
Gestion	34 400	18 400	4 988 720	2 583 984	2 701 508	2 995 992	13 270 203
TOTAL	18 463 583	18 175 635	42 486 047	17 358 319	10 413 345	21 230 187	153 079 766

Tableau 9. Résumé des écarts financiers par type de coûts (USD)

Type de Coûts	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Intrants (Produits)	13 598 466	12 116 091	27 732 794	10 182 472	9 933 585	9 700 997	83 264 405
Coûts de distribution	0	0	11 712 000	587 000	606 000	624 000	13 529 000
Infrastructures							
Coûts opérationnels	0	0	3 032 690	848 280	1 141 864	897 099	5 919 933
IEC	3 351 519	800 150	3 133 990	1 191 679	3 069 319	1 019 479	12 566 136
Suivi et Evaluation	88 369	850 167	2 323 280	1 023 820	697 570	323 546	5 306 752
Gestion	34 400	18 400	4 988 720	2 583 984	2 701 508	2 995 992	13 323 004
TOTAL	17 072 754	13 784 808	52 923 474	16 417 235	18 149 846	15 561 113	133 909 230

Tableau 10a. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et Coûts de distribution, MII (USD)

MII	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers pour 100% de couverture	0	0	46, 848,000	4, 109,000	4, 242,000	4, 368,000	59, 567,000
Objectifs RBM 2010 (ou les objectifs nationaux supérieurs)*	0	0	100%	100%	100%	100%	100%
Besoins financiers pour atteindre les Objectifs RBM (ou du pays)	0	0	46, 848,000	4, 109,000	4, 242,000	4, 368,000	59, 567,000
Ressources disponibles	0	0	15,612,856	3,038,000	3,038,000	3,038,000	17,429,856
ECART POUR ATTEINDRE OBJECTIFS RBM (ou du pays si supérieur)	0	0	31,235,144	1,071,000	1,204,000	1,330,000	42,137,144

Tableau 10b. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et Coûts de distribution, PID (USD)

PID	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers des plans nationaux pour atteindre les niveaux de couverture de 80% de RBM	6, 089,666	6, 278,444	6, 473,077	6, 673,742	6, 880,628	7, 093,928	39, 489,484
Ressources disponibles	327,320	337,466	347,928	358,714	369,834	381,299	2,122,560
Ecart pour combler besoins des plans nationaux	5,762,346	5,940,978	6,125,149	6,315,028	6,510,794	6,712,629	37,366,924

Tableau 10c. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et Coûts de distribution, TPI (USD)

TPI	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers pour 100% de couverture	64151.8177	66140.5241	68190.88	70304.798	72484.2	74731.3	438033.52
Objectifs RBM (ou les objectifs nationaux supérieurs)*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Besoins financiers pour atteindre les Objectifs RBM (ou du pays)	64151.8177	66140.5241	68190.88	70304.798	72484.2	74731.3	438033.52
Ressources disponibles	0	22030	0	0	0	0	22030
ECART POUR ATTEINDRE OBJECTIFS RBM (ou du pays si supérieur)	64151.8177	44110.5241	68190.88	70304.798	72484.2	74731.3	416003.52

Tableau 10d. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et coûts de dispensation, Diagnostic (USD)

DIAGNOSTIC	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers pour 100% de couverture	524651	2391498	4153600	3903366	3975527	4098768	19047413
Objectifs RBM (ou les objectifs nationaux supérieurs)*	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Besoins financiers pour atteindre les Objectifs RBM (ou du pays)	419721	1913199	3322880	3122693	3180422	3279015	15237930
Ressources disponibles	309697	1105431	1928596	2173420	2591925	0	8109069
ECART POUR ATTEINDRE OBJECTIFS RBM (ou du pays si supérieur)	110024	807768	1394284	949273	588497	3279015	7128861

Tableau 10e. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et coûts de dispensation, Traitement (USD)

TRAITEMENT	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers pour 100% de couverture	16388586	13467263	9572670	7928894	7924604	8170266	10512838
Objectifs RBM (ou les objectifs nationaux supérieurs)*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Besoins financiers pour atteindre les Objectifs RBM (ou du pays)	16388586	13467263	9572670	7928894	7924604	8170266	10512838
Ressources disponibles	3,984,293	2,953,051	3,575,494	0	0	0	10,512,838
ECART POUR ATTEINDRE OBJECTIFS RBM (ou du pays si supérieur)	12,404,293	10,514,212	5,997,176	7,928,894	7,924,604	8,170,266	52,939,445

Table 11, Besoins de Financement – Domaines Transversaux (USD)

Domaines d'intervention	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
IEC							
Besoins financiers	3 655 720	1 188 680	3 418 520	1 395 880	3 273 520	1 223 680	14 156 000
Ressources disponibles	304 201	388 530	284 530	204 201	204 201	204 201	1 395 666
ECART	-3 351 519	-800 150	-3 133 990	-1 191 679	-3 069 319	-1 019 479	-12 760 334
S&E:							
Besoins financiers	789 755	1 097 700	2 430 700	1 097 700	780 700	347 700	6 544 255
Ressources disponibles	701 386	247 533	83 266	49 726	58 976		1 140 887
ECART	88 369	850 167	2 323 280	1 023 820	697 570	323 546	5 051 389
Gestion de programme et renforcement institutionnel							
Besoins financiers	43 000	23 000	6 235 900	3 229 980	3 376 884	3 744 989	16 587 753
Ressources disponibles	8 600	4 600	1 247 180	645 996	675 376	748 997	3 317 550
ECART	34 400	18 400	4 988 720	2 583 984	2 701 508	2 995 992	13 270 203
Autres (e.g. TA) Epidemies ou urgences							
Besoins financiers	1 340 000	1 340 000	1 340 000	1 340 000	1 340 000	1 340 000	8 040 000
Ressources disponibles	0	0	0	0	0	0	0
ECART	1 340 000	1 340 000	1 340 000	1 340 000	1 340 000	1 340 000	8 040 000
BESOIN TOTAL	5 785 475	3 626 380	13 425 120	7 063 560	8 771 104	6 656 369	45 328 008
TOTAL DISPONIBLE	1 005 587	640 663	1 614 976	899 923	938 553	953 198	6 052 900
TOTAL ECART	4 779 888	2 985 717	11 810 144	6 163 637	7 832 551	5 703 171	39 275 108

La Guinée progresse vers la réalisation des objectifs de 2010. Toutefois, les données manquent pour permettre au PNLN d'évaluer le chemin réellement parcouru.

C'est donc à travers des multiples actions qui y sont menées que l'on peut le plus facilement mesurer l'évolution de la situation en Guinée, même si des projets sont en cours de réalisation pour développer des systèmes qui améliorent l'évaluation des résultats.

Concernant le volet Moustiquaire imprégné, le pays enregistre un certain retard par rapport aux pays de la région dans le développement de cette stratégie.

En effet, des lenteurs dans l'acquisition des MILDs achetés avec le GFATM ont fait que la distribution gratuite se fait de façon très localisée et insuffisante et il n'existe pas de plan de remplacement des moustiquaires ou de ré imprégnation des MII distribués antérieurement.

Les cibles du programme sont les enfants de 0-5ans recrutés avec le PEV de routine, ainsi que les femmes enceintes recrutées lors des CPN.

Les outils de gestion des MILD sont en cours d'élaboration. En même temps d'autres partenaires s'intéressent au financement de ce volet, il s'agit de l'OMVS qui va financer à hauteur de 5 515 585 \$ entre 2009 et 2010.

L'Unicef intervient aussi pour ce volet surtout dans les activités d'IEC/CCC et de formation du personnel. Une enquête CAP sur les moustiquaires financée par Unicef est en cours de réalisation et les résultats pourront servir à élaborer des messages pertinents visant à augmenter leur utilisation. L'OMS intervient également dans les formations du personnel.

La stratégie PID n'est pas retenue comme stratégie de lutte dans les documents de politique en Guinée. Elle est utilisée en phase pilote dans deux localités à Boffa et Lola par BHP Billiton une société minière.

La lutte anti larvaire est carrément absente dans les stratégies de lutte contre le paludisme en Guinée.

La TPI est en vigueur en Guinée mais la gratuité effective de la molécule dans les structures privées reste problématique. L'accessibilité de la SP à toutes les femmes enceintes nécessite l'adoption de la PEC communautaire de la femme enceinte vu le taux de la fréquentation des structures de soins

Il en est de même en ce qui concerne la PEC des cas de paludisme. La gratuité des intrants se heurte au problème de viabilité des structures de soins périphériques soumis au système de recouvrement de coûts.

La faiblesse de la SNIS est à l'origine d'un problème réel de fiabilité de données, le système de suivi évaluation a besoin d'être renforcé et un plan de suivi évaluation pourra tracer le cadre de l'intervention des partenaires dans ce sens.

5. Principales interventions

5.1. Prévention

5.1.1. MII

a. Analyse de la Situation

L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans le but de couper le contact homme vecteur a une incidence très positive dans la réduction de la transmission du paludisme

Depuis octobre 2007, les MII sont gratuites dans le secteur public en Guinée. L'objectif de cette distribution gratuite est de protéger au moins 80% de personnes, surtout celles à risque (les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans) contre les piqûres de moustiques par l'utilisation des moustiquaires traitées aux insecticides.

L'enquête nationale sur l'état nutritionnelle et le suivi des principaux indicateurs de survie de l'enfant réalisée en Mai 2008 par l'UNICEF montre que l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides dans les ménages au niveau nationale est de 4.2% dont: 2.1 % à Conakry, 3.3% en Basse Guinée, 5,7% en Moyenne Guinée, 6.4% en Haute Guinée et 1.9% en Guinée Forestière.

La promotion des MII est actuellement assurée par le PNLP qui s'appuie sur les districts sanitaires, sur les ONG, sur des institutions des Nations Unies (OMS, UNICEF, FM) et d'autres partenaires et sur les structures du secteur public et de la communauté (groupements féminins).

La politique des MII vise la protection des populations cibles tout en améliorant la fréquentation des services de santé, la couverture en CPN et en PEV. C'est ainsi que la distribution des MII est couplée à la vaccination des enfants et à la CPN dans toutes les structures sanitaires du pays.

Les moustiquaires mobilisées par le PNLP sont reçues et stockées dans les dépôts de la PCG (Pharmacie Centrale de Guinée). Ces moustiquaires sont transportées par la PCG vers les chefs lieu des districts sanitaires.

Les unités d'imprégnation affiliées aux CS formées et équipées à cet effet assurent l'imprégnation des moustiquaires ordinaires et matériaux disponibles dans la communauté.

Des campagnes d'imprégnation de masse sont réalisées deux fois par an dans 20 préfectures sur 38.

i. Politique, stratégies et approches

La Guinée dispose d'une politique nationale de lutte contre le paludisme ainsi qu'un plan stratégique pour la couverture et l'extension des MILD. Les objectifs nationaux concordent avec ceux de RBM, il existe une volonté d'extension vers une couverture universelle. La société civile est impliquée dans la promotion et la distribution des MII. La promotion des MII occupe une place de choix dans la stratégie et participe aux campagnes de distribution de masse.

Naturellement, les objectifs nationaux ne ciblent, jusque là, que les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Elles ne couvrent pas les autres couches vulnérables telles les PVVIH, les personnes âgées, les indigents, encore moins une couverture universelle. On note une capacité limitée de stockage tant au niveau régional que central.

Le système de gestion reste traditionnel et ne permet pas un contrôle rigoureux pour réduire le risque de fuite des moustiquaires pendant la distribution.

Il n'existe pas de plan de remplacement des moustiquaires non imprégnées qui sont toujours utilisées par les communautés. Enfin il n'est pas prévu dans le plan stratégique l'implication des relais communautaires dans la distribution des MII.

ii. Financement

Certains donateurs financent l'acquisition, la distribution et le suivi évaluation de la prévention du paludisme basé sur l'utilisation des MILD jusqu'au niveau district tels que le FM (Round 6), le CCF, l'UNICEF, le CRS, GAC, l'APNDS et l'OMVS. Ceci représente une quantité de 2 151 607 moustiquaires en campagne de masse et 1 302 000 en routine. Soit un écart budgétaire de 42 121 144 USD.

iii. Niveau de mise en œuvre

• Gestion et rôle des partenaires

Les moustiquaires mises à la disposition du Ministère de la santé sont gérées par le PNLP. Les autres sont gérés directement par les partenaires du terrain. Chaque partenaire assure la promotion et la distribution dans sa zone d'intervention. Ce qui dénote un problème dans la coordination et l'harmonisation de cette intervention de grande envergure.

Ainsi, un plan de distribution des MILD doit être mis en place par le PNLP en collaboration avec les différents partenaires pour avoir une bonne coordination afin d'éviter les chevauchements dans la distribution.

• Approvisionnement et logistique

La PCG est la seule structure à travers ces antennes régionales responsable de l'approvisionnement du secteur public. Son réseau national de distribution n'est pas suffisant pour desservir toutes les régions qui, aussi, manquent de magasin de stockage et des moyens de transport jusque dans les districts et au delà. Les ruptures de stocks affectent souvent les systèmes de distribution de routine. Le PNLP n'a pas encore estimé le coût des différents systèmes de distribution. On constate parfois un certain retard dans le paiement des fournisseurs après la livraison des moustiquaires.

Le secteur commercial (qui a pourtant un rôle important à jouer) n'est pas soutenu par l'Etat ni par les donateurs.

• Communications

Il ya une bonne implication des Leaders politiques, des autorités administratives et sanitaires lors de la campagne générale des MILD et particulièrement pendant la journée de lutte contre le paludisme.

Il n'existe pas de plan de communication et la mise à disposition des outils en quantité suffisante constitue des handicaps à la participation des autres intervenants notamment à la conception et la diffusion des messages

Par ailleurs, les données sur la sensibilisation des MII ne sont pas centralisées. Les activités de sensibilisation sur les MII sur le terrain sont insuffisantes et on note une faible utilisation de la moustiquaire après la saison des pluies du fait de la réduction des nuisances alors cette période est aussi propice à la transmission.

- **S&E**

Un document de suivi et évaluation existe mais la mise en commun des données collectées, le stockage par les différents intervenants n'est pas encore effectif pour des restitution/diffusion au niveau opérationnel.

On constate une nette insuffisance d'activités de recherche opérationnelle notamment sur la surveillance de l'efficacité des insecticides utilisés.

Il n'existe pas de base de données pour le suivi et l'élargissement de la diffusion.

b. Besoins et requêtes

i. Principaux goulots d'étranglement et défis

- Le manque de ressources additionnelles nécessaires pour l'élaboration d'une planification concertée
- Faible coordination des interventions des acteurs dans le domaine des MII
- Faible implication des sous bénéficiaires dans la mise en œuvre
- Insuffisance de cadre de concertation, planification intégrée et de suivi évaluation
- Faible capacité de gestion et coordination des MII du PNLP
- Sous estimation des besoins en MILDA
- Accès géographique difficile des communautés aux MII
- Faible implication des communautés
- Faible implication du secteur privé dans la stratégie nationale de distribution des MII
- Manque de soutien du secteur privé, commercial par les donateurs.
- Ruptures de stocks fréquentes et affectent la distribution de routine.
- Absence de mécanisme d'atténuation des fuites comme le marquage ou d'un système performant de gestion.

ii. Les solutions proposées pour atteindre les objectifs de 2010

- Impliquer le secteur privé et les relais communautaires dans la promotion, la distribution et le suivi de l'utilisation des MILD ;
- Créer un cadre de concertation et de coordination de tous les intervenants et fournisseurs de MILD par exemple un sous comité au sein du CCM chargé de recenser tous les intervenants (y compris le secteur privé), leurs zones d'action et visant à élaborer un plan de distribution pour combler le gap dans tous le pays.
- Elaborer/diffuser des plans de communication intégré
- Impliquer d'autres partenaires au développement pour diversifier les sources de financement
- Evaluer les besoins pour déterminer les quantités nécessaires en MII
- Mettre en place un mécanisme de planification financière concertée avec les partenaires
- Mettre en place une procédure de justification des financements des activités avant tout décaissement ultérieur

- Mettre en place une procédure de soumission des requêtes financières
- Mettre en place un plan de remplacement progressif des MII conventionnels
- Renforcer la capacité pour assurer le transport, le stockage et l'approvisionnement des centres de distribution,
- Multiplier les points de distribution des MILD,
- Evaluer les besoins pour déterminer les quantités nécessaires en MII
- Améliorer et rendre systématique le marquage des MILD distribuées,
- Doter l'unité de suivi et d'évaluation d'un logiciel de gestion pour le suivi de la distribution,
- Mettre en place un système approprié de gestion des MII

Tableau 12. Besoins de financement en MII's pour atteindre les objectifs de 2010 de l'initiative RBM

Nombre et coût des MILDAs à fournir pour atteindre l'objectif[1]	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Première méthode de distribution (campagne)							
A. Coût moyen d'une MILDA distribué*	8	8	8	8	8	8	8
B. Nombre de MILDAA à distribuer pour atteindre 100% de couverture	0	0	5856000	0	0	0	5,856,000
C. Nombre de MILDA à distribuer pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur)	0	0	5,856,000	0	0	0	5,856,000
D. Ressources disponibles pour la distribution de MILDA	0	0	15612856	0	0	0	15612856
E. Ecart budgétaire (A1*C1) –D1	0	0	31235144	0	0	0	31235144
Deuxième méthode de distribution (Routine)							
A. Coût moyen par MILDA distribué*	7	7	7	7	7	7	7
B. Nombre de MILDA à distribuer pour atteindre 100% de couverture	0	0	0	587000	606000	624000	1817000
C. Nombre de MILDA à distribuer pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur)	0	0	0	587000	606000	624000	1817000
D. Ressources disponibles pour la distribution de MILDA	0	0	0	3038000	3038000	3038000	1817000
E. Ecart budgétaire (A1*C1) –D1	0	0	0	1071000	1204000	1330000	10902000
Nombre TOTAL de MILDA à distribuer pour atteindre 100% de couverture (B1+B2)	0	0	5,856,000	587,000	606,000	624,000	7,673,000
Nombre TOTAL de MILDA à distribuer pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur) (C1+C2)	0	0	5,856,000	587,000	606,000	624,000	7,673,000
Ressources disponibles TOTALES pour la distribution de MILDA (D1 + D2)	0	0	15,612,856	3,038,000	3,038,000	3,038,000	17,429,856
TOTAL Ecart Budgétaire pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur) (E1+E2)	0	0	31,235,144	1,071,000	1,204,000	1,330,000	42,137,144

5.1.2. PID

a. Analyse de la Situation

i. Politique, stratégies et approches

La volonté politique ne s'est pas encore exprimée en faveur de la mise en œuvre de la stratégie dans le pays et le Ministère de la santé n'est pas encore sensibilisé sur les avantages de la PID, en termes de prévention de la maladie, de diminution des nuisances dues aux piqûres des moustiques et d'impact socio économique. Néanmoins, elle fut utilisée par l'OMS dans les camps de réfugiés de 2002- 2006 comme mesure de riposte.

Cependant, dans le cadre d'un Partenariat Public Privé, la compagnie minière BHP Billiton et le Ministère de la santé depuis 2007 mettent en œuvre la PID dans 2 sous-préfectures et la commune urbaine de Boffa et dans une sous-préfecture de Lola. Ces deux sites correspondent aux sites de leur business et la mise en œuvre est une application de leurs expériences acquises dans la lutte contre le paludisme en Mozambique où après 10 ans d'intervention le taux de prévalence est passé de 80% à 10%.

ii. Financement

La mise en œuvre de cette stratégie nécessite une collaboration de confiance entre les autorités et les populations appuyée par une action concertée entre les différents secteurs (santé, environnement, hydraulique, habitat et urbanisation).

A ce jour, aucune source de financement provenant du ministère de la santé n'est disponible. Par contre BHP Billiton, dans ses zones d'intervention finance chaque année à hauteur de 500 000 USD les activités de lutte contre le paludisme à travers la PID. Le gap pour l'extension des activités dans les régions de la basse Guinée et de la Guinée Forestière est de 37 366 924 USD

iii. Niveau de mise en place

- **Gestion et rôle des partenaires**

L'implication des partenaires (potentiels de lutte contre le paludisme, les environnementalistes...) dans tout le processus est vivement souhaitée. Dans ce cadre, la compagnie minière BHP Billiton seule contractualise avec des ONG locales en collaboration avec le PNLP. Les communautés riveraines sont fortement impliquées dans la PID à travers l'identification des Agents Pulvérisateurs et leur participation pour l'hygiène et l'assainissement de leur milieu.

- **Approvisionnement et logistique**

Un plan d'approvisionnement des insecticides et des équipements au niveau des zones d'intervention doit être élaborer afin de permettre un approvisionnement régulier. Le stockage des produits et la gestion des déchets doivent être envisagés. A ce propos, BHP Billiton met à la disposition des ONG des véhicules pour assurer la supervision des activités de PID et la mobilisation communautaire pour l'hygiène et l'assainissement du milieu. Les matériels pour la Protection Individuelle et les insecticides pour la PID sont achetés à l'extérieur après approbation du département de la santé, acheminer vers les différents sites et stockés dans des magasins identifiés à cet effet.

- **Communications**

Une mobilisation des autorités sanitaires au plus haut niveau, des partenaires et des leaders communautaires doit être envisagée pour préparer le lancement de cette activité. Une campagne de sensibilisation de grande envergure devrait être menée. A cet effet, le service de l'Education pour la santé, les médias Radio et TVM, journaux publics et privés pourront être associés.

- **S&E**

Un plan de suivi évaluation de cette stratégie doit être mis en place en collaboration avec les différents partenaires qui seront impliqués dans cette stratégie avec une bonne implication des acteurs de la mise en œuvre, du ministère de l'environnement et des populations concernées. Des outils de collecte et une base de données relative à toutes les séances de pulvérisation sont disponibles. Toutes ces séances se déroulent sous la supervision des équipes PNL, DPS, ONG locales et BHP Billiton. Ces interventions font objet de monitoring et d'évaluation à travers une étude annuelle CAP.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

- Absence de la stratégie PID dans la politique nationale du PNL ;
- Faible implication des partenaires dans les activités de la PID hormis BHP Billiton;
- Insuffisance des compétences techniques locales.

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

- Sensibiliser les autorités politiques, les partenaires, les leaders et la société civile avant d'envisager la mise en œuvre de la stratégie ;
- Une expression forte au plus haut sommet de l'Etat serait un moteur pouvant propulser la PID ;
- Des études de faisabilité doivent servir à documenter la PID et à sensibiliser les décideurs en basant sur les travaux de BHP Billiton
- Implication multisectorielle (environnement, développement rural, hydraulique société civile....) dans tout le processus ;
- Prévoir un plan d'action et recruter un personnel compétent (ingénieurs environnementalistes, TSS et agents hygiénistes) ;
- Echange d'expérience avec les pays de la région qui ont déjà expérimentés la stratégie ;
- Des efforts doivent être fournis pour soutenir la PID et mobiliser des ressources pour la phase pilote dès 2009.

Tableau 13. PID Besoins de financement pour atteindre les objectifs de RBM en 2010 (USD)

Nombre et coût des concessions (C) à pulvériser	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
A. Coût moyen par concession/structure à Traiter*	8	8	8	8	8	8	8
B. Nombre Total de concessions/structures à traiter	761,208	784,806	809,135	834,218	860,078	886,741	4,936,185
C. Ressources disponibles pour les PID	327,320	337,466	347,928	358,714	369,834	381,299	2,122,560
Ecart budgétaire (A * B) - C	5,762,346	5,940,978	6,125,149	6,315,028	6,510,794	6,712,629	37,366,924

5.1.3. Lutte Anti - Larvaire

a. Analyse de la Situation

Dans les documents de politique nationale de prévention du paludisme, la lutte anti-larvaire et l'assainissement du cadre de vie ont été préconisées, toutefois, les interventions les concernant sont encore à l'état embryonnaire. La lutte anti-larvaire en milieu urbain est faisable avec l'assainissement du cadre de vie. Il existe plusieurs villes dans le pays où la riziculture et autres cultures maraichères sont très développées. Le contrôle larvaire des populations d'anophèles issues de ces zones est envisageable. Pour envisager une lutte anti-larvaire efficace il faut créer un cadre de collaboration multisectoriel (Ministères de la Santé et de l'Hygiène Publique, Ministère de l'Intérieure avec les collectivités locales, Ministère des Infrastructures Economiques, Ministère de la Constructions et d'Urbanisme, Ministère de l'Agriculture...).

Il n'existe pas de financement particulier de cette stratégie au niveau de pays. Le niveau de mise en œuvre est presque nul à part quelques activités sporadiques au moment d'évènements particuliers de santé. Le rôle du partenaire est très peu développé dans ce domaine et les activités de communication presque inexistantes. Le cadre de suivi évaluation des autres activités de lutte contre le paludisme ne le prennent toujours pas en compte.

b. Besoins et requêtes

Les goulots d'étranglement tiennent du fait que malgré qu'il soit inscrit dans le plan stratégique, le PNLP ne l'a jamais considéré comme une des priorités. La lutte anti larvaire n'est ainsi pas prévue dans les activités du PNLP d'ici les 5 prochaines années et n'a pas fait l'objet d'une requête spécifique.

5.1.4. Paludisme et grossesse (TPI)

a. Analyse de la situation

i. Politique, stratégies et approches

Le MSHP en conformité avec les recommandations de l'OMS a adopté la stratégie de prévention du paludisme chez la femme enceinte basée sur le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine (TPI à la SP). Elle se fait conformément aux normes et procédures en vigueur.

Cependant, les structures privées ne sont pas encore impliquées, alors que l'objectif d'ici 2010 est d'atteindre 80% des femmes enceintes. Il importe dès lors d'accélérer le processus en mobilisant tous les efforts pour être au rendez-vous.

ii. Financement

Les médicaments nécessaires pour le TPI sous financement du 2^{ème} round du Fonds Mondial finissent au cours de ce mois de mars 2009, cependant une requête de prolongation a été soumise au Fonds Mondial pour une prolongation de 6 mois. Le montant disponible pour cette période est de 22 030 USD et le besoin pour l'atteinte des objectifs de RBM est de 416 003.52 USD.

iii. Niveau de mise en place

• Gestion et rôle des partenaires

Une collaboration avec le Programme de santé de la reproduction dans la planification et la mise en œuvre de la stratégie TPI a été adoptée.

Les prestataires chargés de réaliser l'activité du TPI tant au niveau district sanitaire qu'au niveau communautaire ont bénéficié d'un renforcement des capacités sous financement du 2^{ème} round du Fonds Mondial avec l'appui du Programme de santé de la reproduction

La politique recommande la gratuité dans les structures sanitaires pour l'administration des TPI pour toute femme enceinte au cours du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de la grossesse.

• Approvisionnement et logistique

Les médicaments rendus disponibles à la PCG sont acheminés au niveau des antennes régionales PCG où les districts sanitaires viennent s'approvisionner pour leur CS, PS et les agents communautaires selon les procédures de gestion du PEV/SSP/ME. Cependant, on constate des ruptures de stock au niveau des centres de santé par manque de prévision (Mauvaise planification)

• Communications

Les activités d'IEC/CCC sont indispensables afin d'amener les femmes enceintes à utiliser les structures de soins et recevoir la SP.

Globalement le TPI est moins couvert par les messages de sensibilisation. Les données sur la connaissance des femmes enceintes par rapport à leur exposition au paludisme sont rarement collectées et analysées. Il en est de même pour l'efficacité des messages sensibilisation.

Des activités de supervisions formatives sont effectuées par le niveau national, régional et les districts sanitaires comme il est décrit dans le plan de suivi évaluation qui est en phase d'élaboration.

La collecte des données est faite par le PNLP et le SNIGS auprès des structures de référence.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

- La non implication des structures privées pour la mise en œuvre du TPI;
- La non-implication des relais communautaires (ASC) est un véritable handicap pour atteindre les femmes enceintes qui ne fréquentant pas les services de santé pour les CPN. ;
- Le manque de formation des nouveaux chefs de Poste de santé sur le TPI
- Mauvaise répartition géographique des prestataires qualifiés
- Manque de motivation des agents communautaires et Multiplicité des taches qui leur sont dévolues par rapport aux différents programmes (TB, VIH, PCIME, Malaria, Nutrition etc....)

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

- Mener des activités de sensibilisation pour augmenter l'adhésion des femmes à la stratégie
- Impliquer des structures privées sanitaire au niveau de tous les échelons
- Recycler et former les nouveaux prestataires en poste au niveau des structures sanitaires
- Décentralisation effective de la formation et un suivi rapproché pour mettre fin aux mauvaises pratiques (prescription de la chloroquine).
- Contrôler et suivre la gratuité effective du TPI pour toutes les femmes enceintes.
- Doter les agents de santé/communautaires des moyens logistiques
- Procéder à une répartition équitable des agents de santé
- Approvisionner le secteur privé en SP gratuite et redynamiser la collaboration entre le secteur Public et le Privé.

Tableau 14. TPI. Besoins de financement pour atteindre les objectifs de RBM en 2010.

Nombre de femmes enceintes recevant le TPI et son coût	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
A. Coût moyen du TPI (2 doses) par femme enceinte*	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14
B. Nombre de femmes enceintes ciblées pour atteindre 100% de couverture	458227.27	472432.31	487077.72	502177.13	517745	533795	2971453.7
C. Nombre de femmes enceintes ciblées pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur)	458227.27	472432.31	487077.72	502177.13	517745	533795	2971453.7
D. Ressources disponibles pour le TPI	0	22030	0	0	0	0	0
Ecart budgétaire (A*B) - D	64151.817	44110.524	68190.88	70304.798	72484.2	74731.3	416003.52

5.2. Gestion des Cas

5.2.1. Diagnostic

a. Analyse de la situation

i. Politique, stratégies et approches

Le diagnostic du paludisme fait partie des bonnes pratiques de prise en charge. La plupart des cas de paludisme sont actuellement traités sur la base de signes cliniques dans nos structures. L'utilisation des méthodes de diagnostic parasitologique permet d'économiser des doses de traitement et de diminuer le risque de résistance au traitement.

Cependant, l'analyse situationnelle a montré que la prise en charge des cas de paludisme basée sur l'indice de parasitémie n'est pas toujours respectée par la plupart des prescripteurs.

Pour cela, les agents de santé/communautaires doivent être formés à tous les niveaux sur l'utilisation des TDR.

ii. Financement

Depuis 2006 le financement du round 6 existe pour le TDR et les examens microscopiques à hauteur de 3 825 503 USD soit un gap de 1 611 273 USD. La disponibilité sera effective à partir de cette année 2009.

iii. Niveau de mise en place

Il est prévu une disponibilité permanente des TDR de bonne qualité à tous les niveaux de la pyramide et son utilisation courante sur l'étendue du territoire à partir de cette année avec le financement du Round 6 du FM.

iv. Gestion et rôle des partenaires

La gestion des kits de TDR et les microscopes est assurée par les structures du niveau opérationnel selon la procédure de gestion du PEV SSP.

v. Approvisionnement et logistique

Le PNLP assure l'approvisionnement des kits au niveau des districts sanitaires et la PCG assure la logistique. Les moyens de transport sont non seulement insuffisants mais vétustes pour faciliter et rendre disponible à temps les kits, microscopes et réactifs de laboratoire et on note souvent des ruptures de stock dans certaines structures

• Communications

Pour stopper les mauvaises pratiques de certains prestataires de service, des activités de sensibilisation sont nécessaires pour un changement de comportement des prestataires afin de réduire les Habitudes de traitement présomptif du paludisme. Le plan de communication est en cours d'élaboration sous financement du Fonds Mondial (R6), et ce plan tiendra compte de l'utilisation et de l'acceptabilité des TDR par les Communautés.

- **S&E**

Le plan de suivi évaluation qui est en phase de finalisation a prévu d'assurer le suivi de la consommation des ACT, de la résistance des parasites à cette molécule et de la pharmacovigilance.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

- Le manque de normes pour la conservation des TDR ainsi que l'assurance qualité en général,
- La non implication des prescripteurs du secteur privé et des structures du niveau communautaire,
- Le manque de formation de la plupart des agents au niveau opérationnel,
- L'insuffisance du personnel dans les services de laboratoire.
- Le manque de kits de TDR dans la plupart des structures de santé des zones dit instables.
- L'insuffisance du financement en cours

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

- Impliquer les secteurs confessionnel ; privé, le niveau communautaire et les ONG
- Rendre disponible les TDR au niveau des postes de santé
- Effectuer un suivi et une supervision rapprochée et fréquente des prescripteurs
- Rechercher d'autres sources de financement pour cette stratégie.

Tableau 15. Besoins de financement pour les Services de Diagnostique afin d'atteindre les objectifs de RBM 2010 (USD).

Nombre et coût des services de diagnostique du paludisme	Classe d'Age	2008		2009		2010		2011		2012		2013		TOTAL	
		Microscopie	TDRs	Microscopie	TDRs	Microscopie	TDRs	Microscopie	TDRs	Microscopie	TDRs	Microscopie	TDRs	Microscopie	TDRs
		A. Coût moyen d'un test de diagnostique	Total	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
B. Nombre de cas suspects de paludisme (fièvre) ciblés à tester pour atteindre une couverture de 100%	< 5 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	> 5ans	104930	314791	478300	1434899	830720	2492161	780673	2342019	795105	2385316	819754	2459261	3809482	11428447
	Total (<5 + > 5 ans)	104930	314791	478300	1434899	830720	2492161	780673	2342019	795105	2385316	819754	2459261	3809482	11428447
C. Nombre de cas suspects de paludisme (fièvre) ciblés à tester pour atteindre les objectifs de RBM (ou du pays si supérieur)	< 5 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	> 5ans	83944	251832	382640	1147920	664576	1993729	624539	1873616	636084	1908253	655803	1967409	3047586	9142758
	Total (<5 + > 5 ans)	83944	251832	382640	1147920	664576	1993729	624539	1873616	636084	1908253	655803	1967409	3047586	9142758
D. Ressources disponibles pour les services de diagnostic	Total	167888	141809	765280	340151	1329152	599444	1249077	924343	1272169	1319756	0	0	4783566	3325503
Ecart budgétaire pour atteindre les objectifs de RBM (ou du pays si supérieur) (A* Total B) - D	Total	0	110024	0	807768	0	1394284	0	949273	0	588497	1311606	1967409	1311606	5817255

5.2.2. Traitement

a. Analyse de la situation

i. Politique, stratégies et approches

Il existe une politique nationale de prise en charge du Paludisme basée sur l'utilisation des combinaisons thérapeutiques à base des dérivées d'ARTEMISININE pour la prise en charge du Paludisme simple. Cette politique recommande en première intention l'utilisation de la combinaison ARTESUNATE + AMODIAQUINE et en deuxième intention, l'association ARTHEMETER + LUMEFANTRINE. Pour ce qui est de la prise en charge du Paludisme grave, le médicament recommandé en première intention, la QUININE perfusion et en cas de contre-indication l'ARTHEMETER Injectable. Cette politique de prise en charge du Paludisme respecte les recommandations de l'OMS. Elle vise également le déploiement communautaire du traitement du Paludisme simple par l'utilisation des CTA.

Pour la prise en charge du Paludisme au cours de la grossesse, la politique nationale recommande l'utilisation de la QUININE base.

Cette stratégie de prise en charge des cas comprend un ensemble de recommandations et de directives relatives aux médicaments antipaludiques et à leur utilisation, leurs contre-indications dans le contexte guinéen. Elle est évaluée et actualisée chaque fois que cela sera nécessaire.

ii. Financement

Le Fonds Mondial est le seul partenaire actuel qui apporte une contribution au financement du traitement du Paludisme. Les besoins des établissements sanitaires ne sont pas couverts par l'ensemble des fonds disponibles au niveau national ceci affecte la fourniture des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le fonctionnement du système de santé Guinéen est basé sur le recouvrement des coûts incluant le paiement des frais de consultation et de traitement. Le montant disponible pour cette période est de 10 512 838 USD et le besoin pour l'atteinte des objectifs de RBM est de 14 170 100 USD au niveau des structures public. Aucune prévision concernant les CTA n'a été faite pour le niveau communautaire et privé où le besoin est de 38 769 345.

iii. Niveau de mise en place

• Gestion et rôle des partenaires

A l'instar du système de diagnostic, il n'existe pas de partenaires spécifiques impliqués dans la fourniture des services de traitement à l'exception du Fonds Mondial (Round 6) qui reste le bailleur de fonds principal de cette activité.

Le PNLN est la structure chargée de mettre en œuvre la stratégie de prise en charge basée sur les CTA à travers les structures du niveau opérationnel.

Les prestataires chargés de réaliser cette activité tant au niveau district sanitaire qu'au niveau communautaire ont bénéficié d'un renforcement des capacités sous financement du 6^{ème} round du Fonds Mondial.

• Approvisionnement et logistique

Les médicaments rendus disponibles à la PCG sont acheminés au niveau des antennes régionales PCG où les districts sanitaires viennent s'approvisionner pour

leur CS, PS et les agents communautaires selon la procédure de gestion du PEV/SSP.

- **Communications**

La communication sur la disponibilité et l'efficacité des ACT est prévue dans le cadre du plan de communication du PNL. Ce plan devrait être renforcé et intégré aux autres plans des services de Santé Maternelle et de la vaccination tout en élargissant les thèmes de communication à la prise en charge des effets indésirables des médicaments (pharmacovigilance).

- **S&E**

Le suivi de la prise en charge des cas selon la politique de l'utilisation des CTA s'effectue selon le plan de suivi et évaluation qui consistera à apprécier la qualité de la gestion des CTA, la prise en charge des malades, la collecte et l'utilisation des données.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

- Les CTA ne sont pas disponibles dans toutes les structures sanitaires du pays.
- La disponibilité ne prend pas en compte les structures privées
- Tous les prestataires ne sont pas encore formés à l'utilisation des CTA
- Insuffisance/absence de supervision des agents prestataires responsables de l'application de la politique CTA

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

- Rendre disponibles les CTA dans toutes les formations sanitaires publiques et privées
- Former/recycler tous les prestataires du secteur public et privé à l'utilisation des CTA
- Organiser régulièrement des supervisions dans toutes les structures publiques et privées pour une meilleure utilisation des CTA.
- Organiser des recherches opérationnelles

Tableau 16. Besoins de financement pour le traitement en vue d'atteindre les objectifs de RBM en 2010.

Ces besoins de financement doivent être répétés pour le traitement alternatif de première ligne pour les cas graves de paludisme

Nombre et coût du traitement du paludisme	Classe d'Age	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Coût moyen d'un traitement*	<1	\$0.90	\$0.90	\$0.90	\$0.90	\$0.90	\$0.90	\$0.90
	1-6	\$1.00	\$1.00	\$1.00	\$1.00	\$1.00	\$1.00	\$1.00
	7-13	\$1.20	\$1.20	\$1.20	\$1.20	\$1.20	\$1.20	\$1.20
	14+	\$1.80	\$1.80	\$1.80	\$1.80	\$1.80	\$1.80	\$1.80
	Total	\$1.23	\$1.23	\$1.23	\$1.23	\$1.23	\$1.23	\$1.23
Nombre de cas ciblés pour le traitement	<1	208168	171062	121592	100713	100659	103779	805973
	1-6	728590	598716	425574	352496	352305	363227	2820907
	7-13	1353095	1111901	790351	654635	654281	674564	5238828
	14+	2914359	2394864	1702294	1409984	1409221	1452907	11283629
	Total	5204212	4276543	3039811	2517828	2516466	2594476	20149337
Ressources disponibles	Total	3,984,293	2,953,051	3,575,494	0	0	0	10,512,838
Ecart Budgétaire	Total	2,390,867	2,285,714	148,275	3,084,340	3,082,671	3,178,234	14,170,100

Traitement niveau structures de santé**Traitement au niveau structures communautaires et privées**

Nombre et coût du traitement du paludisme	Classe d'Age	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Coût moyen d'un traitement*	<1	\$0.90	\$0.90	\$0.90	\$0.90	\$0.90	\$0.90	\$0.90
	1-6	\$1.00	\$1.00	\$1.00	\$1.00	\$1.00	\$1.00	\$1.00
	7-13	\$1.20	\$1.20	\$1.20	\$1.20	\$1.20	\$1.20	\$1.20
	14+	\$1.80	\$1.80	\$1.80	\$1.80	\$1.80	\$1.80	\$1.80
	Total	\$1.23	\$1.23	\$1.23	\$1.23	\$1.23	\$1.23	\$1.23
Nombre de cas ciblés pour le traitement	<1	326969	268686	190985	158190	158104	163005	1265938
	1-6	1144392	940400	668446	553663	553364	570518	4430782
	7-13	2125299	1746457	1241399	1028232	1027676	1059533	8228596
	14+	4577566	3761599	2673783	2214653	2213455	2282072	17723129
	Total	8174225	6717141	4774613	3954738	3952598	4075129	31648445
Ressources disponibles	Total	0	0	0	0	0	0	0
Ecart Budgétaire	Total	10,013,426	8,228,498	5,848,901	4,844,554	4,841,933	4,992,033	38,769,345

Nombre et coût du traitement du paludisme	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
TOTAL ECART BUDGÉTAIRE	12404293	10514212	5997176	7928894	7924604	8170266	52939445

6. Questions transversales

6.1. Epidémie/ Control d'urgence

a. Analyse de la situation

Le pays n'a pas enregistré de situation d'épidémie dans le cadre du paludisme. Cependant, les conflits armés survenus dans les pays voisins (Liberia et Sierra Leone) et les incursions rebelles de 2000-2001, ont entraîné le déplacement d'au moins 100 000 personnes à l'intérieur du pays. Cette situation a entraîné une augmentation de la fréquentation des services de santé au niveau des zones d'accueil. La sur-utilisation a concerné l'ensemble des pathologies infectieuses et parasitaires parmi lesquelles le paludisme. Cependant, à cette période, nous avons constaté une augmentation progressive des cas de paludisme dans la zone de N'Zérékoré avec apparition d'une chloroquino-résistance confirmée.

i Politique, stratégies et approches

Le pays dispose d'un comité national de gestion des crises et des situations d'urgences au sein même du MSHP. Cependant, il n'existe pas un document de politique sur la prise en charge des cas d'urgence et des épidémies dans lequel il sera défini un seuil critique pour la détection précoce des épidémies de paludisme.

Il faut noter par ailleurs le manque de coordination des différents services impliqués dans la surveillance, l'existence de données non concordantes à différents niveaux du système de surveillance, la faible qualité des données transmises, l'incomplétude des données de surveillance, le manque de base de données sur les situations d'urgence.

ii. Financement

Il existe un fonds d'urgence dans le pays, mais il n'est pas spécifique pour le paludisme. La marge de manœuvre du niveau opérationnel se trouve ainsi limitée du fait de la mobilisation parfois tardive des ressources. Cependant, les partenaires sont motivés à financer ses activités sur présentation d'un plan d'action budgétisé

iii. Niveau de mise en place

L'existence d'un comité national de gestion des crises au niveau du MSHP est un acquis dans la prise en charge des situations d'urgence, cependant sa marge de manœuvre est souvent limitée par la non disponibilité immédiate des ressources.

On note par ailleurs, une prise en charge décentralisée en cas d'épidémie/ situation d'urgence au niveau des collectivités locales.

En cas de situation d'urgence, les partenaires au développement contribuent à alimenter le fonds d'urgence sur requête du ministère en charge de la santé. En outre un appui matériel et logistique est souvent apporté par divers donateurs

• Formation

Il n'existe pas de formation spécifique sur les épidémies et situation d'urgence pour le personnel de santé dans le pays.

- **Approvisionnement et logistique**

Même si dans le cadre général, il existe un stock d'urgence en médicaments pour les maladies à potentiel épidémique, en ce qui concerne le paludisme, aucune disposition particulière n'est prise.

- **Communications**

Peu d'activités d'IEC et de CCC ont été menées durant la crise en faveur des populations affectées. Cependant, certains partenaires comme Plan Guinée ont des stratégies de prise en charge intégrée à des activités d'IEC pour renseigner les populations sur les services disponibles.

- **S&E**

Il existe un système de surveillance épidémiologique dans le pays avec 10 sites sentinelles répartis dans divers endroits qui, par ailleurs, souffrent d'une insuffisance d'équipements. Cependant, on note une absence totale d'outils de gestion appropriés aux situations d'urgence ou d'épidémie. Ainsi, peu de données ont été collectées et analysées par le système national.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

- une absence de politique clairement définie de la surveillance épidémiologique du paludisme,
- une absence de formation adéquate du personnel dans la gestion des urgences,
- une mauvaise coordination des structures responsables de la gestion des crises,
- une faiblesse du système mis en place de suivi évaluation des activités,
- une faible mise en œuvre des activités de communication (IEC/CCC),
- une absence de fonds d'urgence rapidement mobilisable et autres ressources nécessaires au niveau opérationnel,

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

- la définition et la mise en place d'une politique de surveillance épidémiologique du paludisme
- la formation du personnel à la gestion des urgences
- la mise en place d'un système de mobilisation rapide de fonds et de moyens matériels pour faire face aux urgences au niveau opérationnel
- l'élaboration et la diffusion d'un document sur les activités IEC/ CCC à mettre en œuvre en situation d'urgence
- le renforcement de la coordination et du suivi évaluation par la mise en place de structure unique pour chaque domaine accompagnée d'une définition claire des activités

- L'identification et la mobilisation d'une assistance technique de qualité

On ne note pas de zones à faciès épidémique en Guinée vis-à-vis du paludisme par contre les situations d'urgences ont déjà été vécues par le pays ou environ 100 000 personnes se sont déplacées à l'intérieur du pays.

Tableau 17. Besoins de financement pour les situations d'épidémie et d'urgence (USD)

Le coût d'intervention pour une situation d'épidémie ou d'urgence	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Le coût d'intervention par personne affectée/à risque*	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4
Nombre estimé de personnes affectées/à risque	100000	100000	100000	100000	100000	100000
Besoins en ressources pour les situations d'épidémie ou d'urgences	1340000	1340000	1340000	1340000	1340000	1340000
Ressources disponibles pour les situations d'épidémie ou d'urgences	0	0	0	0	0	0
Ecart budgétaire	-1340000	-1340000	-1340000	-1340000	-1340000	-1340000

6.2. Plaidoyer/CCC/IEC

a. Analyse de la situation

i Politique, stratégies et approches

Le plan intégré de Communication (PIC) du Paludisme est en cours de développement dans le pays à partir des interventions prévues dans le plan stratégique 2006-2010. Les différentes composantes de communication prises en compte comportent les stratégies d'IEC, de CCC (Communication pour le Changement de Comportement) et de plaidoyer.

Les stratégies définies permettent de sensibiliser les leaders et populations sur la lutte contre le paludisme et sur les services offerts. Il s'agit du Plaidoyer, de l'IEC, et de la Communication pour le Changement de Comportement par la mobilisation sociale, de la mobilisation communautaire. Ces stratégies sont renforcées par l'identification et la mise en place d'un partenariat durable avec la presse et les médias ainsi que le développement d'un plan de S&E de la communication.

ii. Financement

Presque tous les partenaires de la lutte contre le paludisme financent cette activité en fonction de leur domaine d'intervention. Cependant, un flou demeure sur l'évaluation des montants exacts alloués à ce volet par les différents partenaires.

iii. Niveau de mise en place

Il existe d'une division de promotion de la santé au niveau MSHP qui gère toutes les activités de communication sur le paludisme et les autres domaines de la santé.

Par ailleurs, un guide de formation en communication des agents sanitaires est disponible au niveau du Ministère.

- **Gestion et rôle des partenaires**

Afin d'assurer une bonne mise en œuvre du plan, la mise à contribution des partenaires devraient indispensables dans l'identification des activités à mener sur le terrain.

- **Approvisionnement et logistique**

Insuffisance des supports IEC/paludisme au niveau périphérique et communautaire

- **Communications**

Il ya une prise en compte des principales recommandations sur le paludisme dans les déclarations de politiques (Président, Ministres) et des autorités locales et leaders communautaires.

- **S&E**

Les activités d'IEC/CCC et celles des relais ne sont pas répertoriées ni collectées au niveau du Système Local d'Information Sanitaire. On note également une absence de base de données sur les activités de communication au niveau du SNIS. Cependant, les partenaires surtout internationaux produisent des rapports de leurs activités de communication qui malheureusement ne sont intégrés aux données du programme que semestriellement, parfois même annuellement.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

- L'absence d'un Plan de communication au niveau du ministère prenant en compte les préoccupations des autres services de santé,
- L'absence d'identification des partenaires impliqués dans la mobilisation des ressources,
- L'absence de plan définissant les activités de plaidoyer,
- La faible sollicitation des « leaders, célébrités » pour les activités de plaidoyer,
- La faible sollicitation des « leaders, célébrités » pour le financement des activités de plaidoyer,
- La faible participation des communautés dans la lutte contre le paludisme,
- Une insuffisance de mise en œuvre du plan de communication

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

- Le renforcement du Plan de Communication Intégré (PIC) par la prise en compte des autres affections et programmes de lutte contre les maladies ;
- La mobilisation de ressources financières, humaines et logistiques pour une bonne mise en œuvre des activités du plan de communication ;
- Le développement d'un plan de suivi évaluation intégrant les différentes composantes de la Communication (Plaidoyer/IEC/CCC) ;
- Le développement de stratégies efficaces permettant d'impliquer les « leaders, célébrités » dans le financement et la mise en œuvre des activités de plaidoyer ;
- La définition des rôles et la responsabilisation des communautés dans la mise en œuvre des activités de communication ;
- L'identification et la mobilisation d'une assistance technique de qualité ;
- Accélérer le processus d'élaboration du plan de communication ;
- Élaborer une base de données sur les activités de communication.

Tableau 18. Besoins de financement pour les activités de plaidoyer, d'IEC/CC (USD)

Plaidoyer							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Développement et études de base pour campagnes	25 000		25 000			25 000	75 000
Développement matériel d'affichage	1 000		1 000		1 000		3 000
Production and Distribution matériel d'affichage	-		-		-		-
Contenus pour les programmes de Radio/TV	207 200			207 200	-		414 400
Réunions de Plaidoyer	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	24 000
Formation au Plaidoyer pour des cibles spécifiques	10 000		10 000			10 000	30 000
Evènements de Masse	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	30 000
Autres coûts							-
Total estimated costs	252 200	9 000	45 000	216 200	10 000	44 000	576 400
Ressources disponibles pour le plaidoyer							-
ECARTS DE FINANCEMENTS - Plaidoyer							-
CCC/IEC							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Distribution des MII							
Conception des outils de communication [affiches, posters, dépliants, spots]	25 000		25 000				50 000
Développement et Test des affiches et Posters	40 000		40 000		40 000		120 000
Production et distribution des affiches et Posters	1 207 000		1 207 000		1 207 000		3 621 000

Production des spots radio	8 000		8 000		8 000		24 000
Diffusion des spots radio	518 400	518 400	518 400	518 400	518 400	518 400	3 110 400
Production des spots tv	16 000		16 000		16 000		48 000
Diffusion des spots tv	37 440	37 440	37 440	37 440	37 440	37 440	224 640
	1 851 840	555 840	1 851 840	555 840	1 826 840	555 840	7 198 040
PID							
Développement et Test des affiches et Posters							
Production et distribution des affiches et Posters							
Développement et Test des outils pour Radio/Tv							
Production et distribution des outils Radio/Tv							
Prise en charge des cas							
Conception des outils de communication [affiches, posters, dépliants, spots]	10 000		10 000		10 000		30 000
Développement et Test des affiches et Posters	10 000		10 000		10 000		30 000
Production et distribution des affiches et Posters	435 000		435 000		435 000		1 305 000
Développement et Test des outils pour Radio/Tv	-						-
Diffusion des spots Radio/Tv	-						-
	455 000	-	455 000	-	455 000	-	1 365 000
Paludisme pendant la grossesse							
Conception des outils de communication [affiches, posters, dépliants, spots]	25 000		25 000				50 000
Développement et Test des affiches et Posters	40 000		40 000				80 000

Production et distribution des affiches et Posters	218 000		218 000		218 000		654 000
Développement et Test des outils pour Radio/Tv	-						-
Diffusion des spots Radio	518 400	518 400	518 400	518 400	518 400	518 400	3 110 400
Diffusion des spots TV	37 440	37 440	37 440	37 440	37 440	37 440	224 640
	838 840	555 840	838 840	555 840	773 840	555 840	4 119 040
Autres IEC/CCC							
Conception/Production maquette video theatrale "Mme Sonssoli"	20 000		20 000				40 000
Reproduction/Distribution vidéo pièce theatrale "Mme Sonssoli"	60 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	210 000
Forum communautaire	139 840		139 840		139 840		419 520
Activités de Mass Média et Publicités			-				-
Evènements de masse (ex : JMP)	38 000	38 000	38 000	38 000	38 000	38 000	228 000
	257 840	68 000	227 840	68 000	207 840	68 000	897 520
Total coûts estimés CCC/IEC	3 403 520	1 179 680	3 373 520	1 179 680	3 263 520	1 179 680	13 579 600
Ressources disponibles pour CCC/IEC 304 201		388 530	284 530	204 201	204 201	204 201	1 395 666
TOTAL PLAIDOYER & IEC/CCC	3 655 720	1 188 680	3 418 520	1 395 880	3 273 520	1 223 680	14 156 000
ECARTS DE FINANCEMENT CCC/IEC -3 099 319		-791 150	-3 088 990	-975 479	-3 059 319	-975 479	-12 183 934
ECARTS DE FINANCEMENT -3 351 519		-800 150	-3 133 990	-1 191 679	-3 069 319	-1 019 479	-12 760 334

6.3. Suivi et Evaluation

a. Analyse de la situation

i Politique, stratégies et approches

Il existe dans le pays un plan de suivi évaluation des activités de lutte contre le paludisme qui est en phase de validation provenant du plan stratégique du PNLP. Les indicateurs retenus dans ce plan sont renseignés à partir du Système National d'Information Sanitaire

ii. Financement

Le Fond Mondial finance cette stratégie au niveau du pays à hauteur de 1 140 887 USD et le gap s'élève à 5 051 389 USD

iii. Niveau de mise en place

Il faut signaler que les données recueillies par les partenaires ne sont intégrés à celles du programme que tous les 3, 6 ou 12 mois. Par ailleurs, on note une absence de base de données au niveau du PNLP.

• Gestion et rôle des partenaires

Le programme a procédé à l'évaluation de son système de Suivi Evaluation dans le cadre de la subvention du Fonds Mondial. Ceci a permis de développer un plan de SE détaillé et financé jusqu'en 2011. Plusieurs indicateurs ont été alors définis ; ils concernent aussi bien les indicateurs du Fonds Mondial que les indicateurs du Programme.

• S&E

Afin de mieux s'intégrer au système National d'information Sanitaire du pays, le PNLP a mis en place au niveau central une unité chargée de la coordination et du suivi de la mise en œuvre de toutes les activités de Suivi Evaluation. Cette unité devrait s'appuyer sur des points focaux paludisme au niveau de chaque district qui auront entre autres missions de faciliter la collecte et la gestion des données spécifiques du programme.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

- Absence d'un plan national de suivi évaluation (en cours de validation)
- Absence d'équipements performants pour la gestion des données
- Absence de données fiables liés probablement l'insuffisance des moyens du SNIS
- Non intégration un plan de collecte en cas de situations d'urgence ou d'épidémies
- Insuffisance des moyens de supervision
- Insuffisance des données de recherche de base

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

- Valider rapidement un plan de suivi évaluation
- Equiper l'unité de suivi et d'évaluation en matériel performant et mettre sur place une base de données en collaboration avec le SNIS
- Actualiser les outils de gestion des intrants et également de recueil de données (outils de collecte à intégrer dans le SNIS)
- Former et appuyer le personnel des structures de santé à la collecte des informations fiables, à l'utilisation des données et à leur diffusion
- Renforcer l'équipement du programme pour la gestion de la base de données
- Elaborer un plan de supervision et assurer la supervision régulière à tous les niveaux. Elargir la collecte des données et la supervision au secteur privé

- Faire remonter les données de façon régulière de la base vers le sommet (feed- back), après validation
- Renforcer les compétences des équipes centrales, régionales, des CS et PS pour qu'ils soient capables de conduire les enquêtes ménages, et des évaluations de leurs actions ou sous traiter la recherche aux instituts de recherche
- Améliorer le système de surveillance épidémiologique

Tableau 19. Besoins Financiers pour la Supervision, le S&E et la Recherche Opérationnelle (USD).

Besoins en Suivi et Evaluation	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Surveillance de Routine	197 950	197 950	197 950	197 950	197 950	197 950	1 187 700
Logistiques de la surveillance de routine			1 950 000		300 000		2 250 000
Supervision de la surveillance de routine et utilisation des données de surveillance	27 600	27 600	27 600	27 600	27 600	27 600	165 600
Réunions de Prise de décision	2 050	2 050	2 050	2 050	2 050	2 050	12 300
Evaluation de l'efficacité des médicaments ¹	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	210 000
Evaluation de la résistance aux insecticides ²	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	48 000
Enquête MIS ³		800 000		800 000			1 600 000
Autres enquêtes planifiées			23 000		23 000		46 000
Pharmacovigilance ⁴	14 600	14 600	14 600	14 600	14 600	14 600	87 600
Enquête de couverture des MII ⁵	150 000		150 000		150 000		450 000
Enquête de qualité/Assurance des PID ⁶	12 500	12 500	12 500	12 500	12 500	12 500	75 000
Recherche Opérationnelle	10 000		10 000		10 000		30 000
Evaluation finale						50 000	50 000
Autres coût (Formation)	332 055						332 055
Coûts TOTAUX estimés	789 755	1 097 700	2 430 700	1 097 700	780 700	347 700	6 544 255
Ressources disponibles	701 386	247 533	83 266	49 726	58 976	-	1 140 887
Ecart budgétaire	- 88 369	- 850 167	-2 323 280	-1 023 820	-697 570	-323 546	- 5 051 389

7. Gestion de programmes et des systèmes de santé

7.1. Systèmes de santé et Gestion de programmes

a. Analyse de la situation

i. Le rôle assigné au PNLN

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a pour mission la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de lutte contre le paludisme.

Il constitue le premier conseiller du cabinet ministériel en matière de lutte contre le paludisme et oriente sur les prises de décision stratégique de lutte contre le paludisme. Le PNLN fédère de ce fait tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le paludisme au niveau du pays.

A cet effet, il est chargé de :

- Promouvoir la politique nationale de lutte contre le paludisme axée sur l'initiative mondiale « Faire Reculer le Paludisme (FRP) et la réviser en cas de besoin ;
- Formuler et coordonner la mise en œuvre du plan stratégique national de réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme ;
- Elaborer et suivre la mise en œuvre des plans annuels de réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme ;
- Sensibiliser l'opinion nationale sur l'ampleur du paludisme (morbidité, mortalité, impact socio-économique) et la nécessité de sa réduction ;
- Développer, promouvoir et suivre l'exécution d'un programme de communication pour le changement de comportement (CCC) dans le cadre de la lutte contre le paludisme ;
- Promouvoir la participation communautaire et la collaboration intra et inter sectorielle dans la lutte contre le paludisme par le biais de la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, l'assainissement de base et la prise en charge des cas à domicile ;
- Planifier et mettre en œuvre le suivi et l'évaluation des activités de lutte ; constituer à cet effet une banque de données statistiques sur le paludisme ;
- Promouvoir l'intégration des activités de lutte contre le paludisme aux SSP grâce à la formation du personnel, la diffusion de l'information pertinente et la supervision des activités ;
- Promouvoir la formation et la recherche dans le domaine de la lutte contre le paludisme ;
- Participer à la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à l'exécution du programme.

ii. L'autorité de gestion et de décision du PNLN

Le PNLN est dirigé par un Coordonateur National assisté d'un Coordonateur National Adjoint,

Les organes consultatifs du programme sont :

- Le comité de pilotage de Faire Reculer le Paludisme
- Les Comités Techniques Régionaux, Préfectoraux et Sous-préfectoraux de Faire Reculer le Paludisme ;
- Le Groupe Thématique

De ce fait, l'équipe actuelle du PNLN se compose de 8 médecins dont 7 spécialistes en santé publique, 1 pharmacien, 3 biologistes, 6 techniciens de santé publique, 2 techniciens de laboratoire, 1 informaticien, 3 comptables, 1 gestionnaire de données, 1 Secrétaire.

iii. L'environnement d'exécution du PNLN

Les locaux actuels du PNLN sont peu favorables à la mise en œuvre de coordination de la lutte contre le paludisme. Cependant, il existe une connexion internet disponible pour l'ensemble du personnel mais le parc informatique est insuffisant. Le PNLN compte une ligne téléphonique et une ligne de fax qui demeurent insuffisantes pour les activités du Programme.

Le parc automobile s'est agrandi avec la subvention du fonds mondial mais reste insuffisant pour mener toutes les activités de supervision.

On note une absence de politique de motivation du personnel du programme.

iv. Planification, suivi et évaluation du PNLN

Les activités de planification du programme sont menées avec les différents partenaires. Le plan opérationnel du PNLN est développé à partir du plan stratégique et du projet financé par le Fonds Mondial. Ce plan est complété par divers autres plans que sont : le plan de communication, le plan d'interventions à base communautaire, le plan de gestion et d'approvisionnement et le plan de suivi évaluation. Ces plans sont financés par l'état, les partenaires et la subvention du FM.

Du fait de l'insuffisance des ressources humaines et du cadre de travail du programme peu adéquat, le PNLN a des difficultés pour mettre en œuvre les plans développés. Présentement le PNLN ne dispose pas de ressources suffisantes pour absorber de gros financements dans la lutte contre le paludisme.

Il est alors important de renforcer ses capacités de sous-traitance et de coordination des différents partenaires qui pourraient être impliqués dans la mise en œuvre.

iv. Relations internes et coordination à l'intérieur du Ministère de la santé

Le Programme National de lutte contre le Paludisme est rattaché à la division prévention sous tutelle de la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP). Ces activités telles que la prise en charge (PEC) des cas, le traitement préventif intermittent (TPI), la vulgarisation des MII, la mobilisation sociale et la supervision sont intégrées au PEV/SSP et leur décentralisation facilite la collaboration intra sectorielle. La PCIME est en phase de mise à échelle nationale (formation en PCIME clinique et communautaire),

La division promotion de la santé collabore avec le PNLN pour les activités de communication en appui à la lutte contre le paludisme affectant les femmes, les enfants, et les populations des zones à risque.

En collaboration avec le PNLN elle participe à l'orientation, la coordination, l'harmonisation et le développement des messages, de contrôle de qualité des messages, des supports, des productions médiatiques, de suivi et d'évaluation de l'impact activités de communication.

Il faut rappeler que dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), la stratégie retenue est l'intégration des programmes nationaux prioritaires (paludisme, IST/VIH-SIDA, Nutrition, Santé de la Reproduction et Planification familiale, Maternité sans risque et survie de l'enfant, et la Surveillance épidémiologique Intégrée des Maladies à potentiel épidémique).

De nos jours, le constat est qu'il n'y a pas eu de cadre de coordination de l'intégration au niveau central et aucun mécanisme de suivi n'a été mis en place. Les activités de certains

programmes sont mieux exécutées à la base à cause des moyens financiers dont ils disposent au détriment d'autres pourtant retenus aussi comme prioritaires.

b. Besoins et requêtes pour permettre au PNLP de jouer son rôle

i. Principaux goulots d'étranglements et défis

- Insuffisance des ressources humaines au niveau de l'unité de gestion ;
- Environnement de travail du PNLP peu adéquat (Locaux, communication, internet, parc informatique...) ;
- Insuffisance de la logistique pour les activités de supervision ;
- Défaut d'implication du comité de lutte contre le paludisme ;
- Faible niveau de contractualisation des activités avec des partenaires extérieurs.

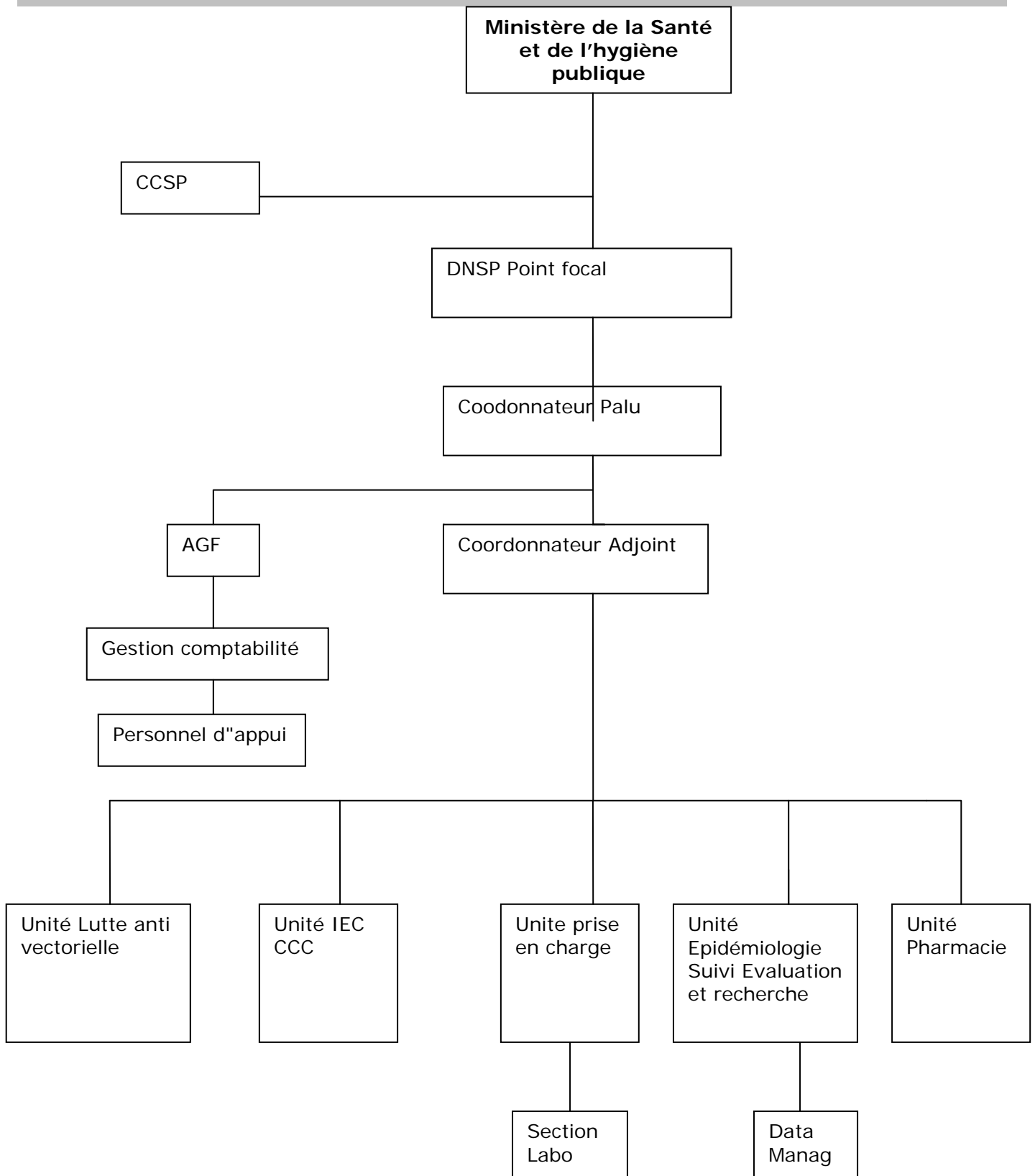
ii .Solutions proposées

- Renforcement des capacités humaines et logistiques du PNLP ;
- Amélioration de l'implication du comité de lutte contre le paludisme ;
- Amélioration de l'environnement de travail du PNLP ;
- Améliorer les capacités d'absorption du PNLP par un renforcement des contractualisations avec les partenaires extérieurs ;
- L'identification et la mobilisation d'une assistance technique de qualité.

Tableau 20. Besoins d'appui des Partenaires du PNLN, rôles et couverture/ capacité de mise en œuvre

Partenaires	Rôle	Couverture/ capacité de mise en œuvre	Besoins d'appuis
OMS	Assistance technique	Couverture nationale	Appui financier du suivi-évaluation (réunions, atelier de formation, supervisions...)
UNICEF	Bailleurs de fonds/ Assistance technique	Couverture partielle du pays (zone centre ouest et nord). Appui à la mise en œuvre des activités	Renforcement de l'approvisionnement et de la gestion des MILDA. Appui à l'organisation et à la mise en œuvre des activités à base communautaire
PSI	Assistance technique	Couverture partielle du pays. Promotion et distribution des MILDA	Renforcement de l'approvisionnement et de la gestion des MILDA. Appui à l'organisation et à la mise en œuvre des activités à base communautaire
CCF	Assistance technique	Couverture partielle du pays. Appui à l'organisation et à la mise en œuvre des activités à base communautaire	Renforcement de l'approvisionnement et de la gestion des MILDA. Renforcement de l'organisation de la mise en œuvre des activités à base communautaire
BHP Billiton	Assistance technique	Couverture partielle	Mise en œuvre des activités de PID. Appui à l'organisation et à la mise en œuvre des activités à base communautaire
Rio Tinto	Assistance technique	Couverture partielle	Renforcement de l'approvisionnement et de la gestion des MILDA.
CRS	Assistance technique	Couverture partielle	Renforcement de l'approvisionnement et de la gestion des MILDA. Appui à l'organisation et à la mise en œuvre des activités à base
OMVS	Assistance technique	Couverture partielle	Renforcement de l'approvisionnement et de la gestion des MILDA. Appui à l'organisation et à la mise en œuvre des activités à base communautaire

Figure 2: Organigramme fonctionnel du programme national de lutte contre le paludisme



7.2. Gestion de l'approvisionnement

a. Analyse de la Situation

i. Système de gestion de l'approvisionnement du Ministère de la santé.

L'approvisionnement en produits médicaux en Guinée relève de la centrale d'achat qu'est la PCG pour le secteur public et para public. Celle-ci dispose d'un réseau national de distribution, de gestion et de suivi des produits médicaux, en collaboration avec les systèmes de contrôle de qualité agréés par le MSHP à travers la DPM et le LNSP.

La PCG fait face à une limitation de ses capacités de stockage en particulier pour le pré-positionnement des MILDA. Grâce au financement du Fonds Mondial pour le 6ème Round ainsi qu'à l'appui d'autres partenaires, des moyens sont mis en place pour combler en partie les gaps consécutifs à la faiblesse d'approvisionnement en MILDA et en CTA.

Dans la perspective du passage à l'échelle des interventions et de la couverture universelle pour la prévention du paludisme, la proposition du 6ème Round prévoit le renforcement des structures étatiques (PCG, DPM, DNSP, Districts sanitaires) de gestion et de distribution des produits médicaux. C'est ainsi qu'un plan a été développé. La mise en œuvre de ce plan fera intervenir plusieurs structures dont les ONGs partenaires et les autres services de santé.

ii. Système de gestion de l'approvisionnement de la société civile et du secteur privé

Le système de distribution de la société civile et du secteur privé est essentiellement constitué par les officines privées qui constituent une bonne complémentarité du système public dans la distribution des médicaments.

b. Besoins et requêtes pour permettre au PNLP de jouer son rôle

i. Principaux goulots d'étranglements et défis

Retard d'approvisionnement dû à la diversité et à la complexité des procédures de financement et d'achat.

Difficultés dans le suivi/contrôle des approvisionnements (gestion et pharmacovigilance)

Faible capacité de stockage depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique.

Gestion des médicaments difficile lorsque qu'une gestion différenciée en fonction des sources d'approvisionnement est imposée (cas de la SP).

Outils de gestion et de reporting multiples surchargeant les responsables de gestion des stocks à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

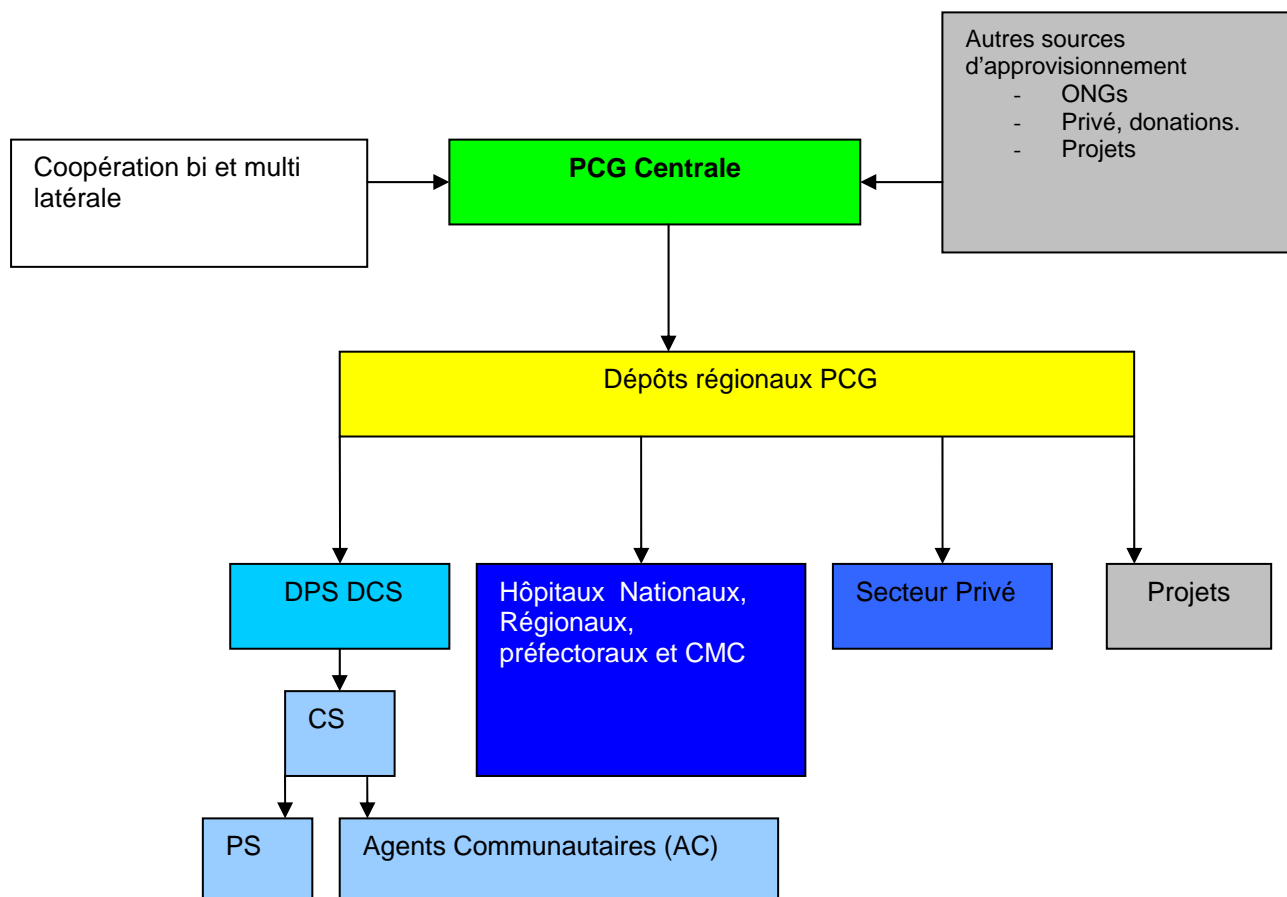
Financement de la distribution non prévu perturbant le système national d'approvisionnement des intrants.

ii. Solutions proposées

- Renforcer la coordination entre le PNLP, les structures de contrôle de qualité et celles chargées des procédures de passation des marchés
- Renforcer les capacités de stockage des magasins au niveau central, Régional et District
- Renforcer les capacités du personnel en gestion des approvisionnements
- Doter le PNLP de camions (2) pour le transport des intrants
- Renforcer les capacités financières du PNLP pour assurer la distribution des intrants jusqu'au niveau opérationnelle.
- Renforcer la supervision du système d'approvisionnement et de distribution
- Renforcer les compétences du personnel impliqué dans la gestion des données
- Simplifier les outils de reportage des données.

Graphique. Diagramme schématique montrant les systèmes de gestion de l'approvisionnement pour les principales interventions

Figure 3 : Organigramme de la gestion des approvisionnements et des stocks



7.3. Renforcement du Système de Santé

a. Analyse de la Situation

i. Le système de santé publique

Le système sanitaire de la Guinée est de type pyramidal avec deux versants : le versant administratif et le versant offre de soins. Chaque versant comprend trois niveaux et des composantes correspondant à chaque niveau.

➤ **Au plan administratif**, le système de santé a une structure pyramidale à 3 niveaux :

Le niveau central comprend:

- le cabinet composé du Ministre de la Santé, du Secrétaire Général, des conseillers, du chef de cabinet, des services d'appui (division des affaires administratives et financières, l'inspection générale des services de santé et le service statistiques, études et information) ;
- les quatre (4) directions nationales : santé publique, établissements hospitaliers et de soins, pharmacie et laboratoires et hygiène publique ;
- et les services rattachés.

Le niveau intermédiaire comprend huit **Directions Régionales de la Santé**.

La Direction Régionale de la Santé couvre 3 à 6 districts sanitaires.

Le niveau périphérique comprend 38 Directions Préfectorales/Communales de la Santé dans les préfectures et la ville de Conakry (équivalent du district sanitaire de l'OMS).

La gestion de la DPS/DCS est assurée par une équipe cadre de district comprenant :

- le Directeur Préfectoral/ Communal de la Santé (DPS/ DCS) ;
- le Directeur de l'Hôpital préfectoral ou communal (DH) ;
- le Directeur Préfectoral des microréalisations, représentant le Ministère de la Décentralisation ;
- les représentants des autres partenaires de terrain évoluant dans la préfecture.

➤ **L'offre de soins** est assurée par les sous-secteurs public et privé.

Les structures publiques de soins sont composées de :

- ❖ **Poste de santé** : Au nombre de 604, dépendent des centres de santé. Ses activités couvrent une population de 600 à 5000 habitants. Le personnel est composé d'un agent technique de santé (ATS), appuyé par des agents communautaires et des accoucheuses villageoises (AV). Les activités du poste de santé se résument à la surveillance des femmes et des enfants, l'éducation pour la santé, les soins primaires curatifs et l'appui à la stratégie avancée des centres de santé.
- ❖ **Centre de santé** : Au nombre de 412, fournissent un paquet minimum d'activités composé : consultations pré et postnatales, accouchements, surveillance nutritionnelle, vaccination, consultations primaires curatives et planification familiale. Le personnel est composé d'un médecin ou d'un aide de santé, de Sage femme, d'ATS, de technicien de laboratoire et de matrone. Le centre de santé est aussi le lieu d'agrégation de l'ensemble des données collectées dans les postes de santé relevant de sa zone de couverture.
- ❖ **Centre médical communal (CMC)** : Au nombre de 6, assurent les soins primaires et secondaires (deuxième niveau). Le CMC couvre une Commune ou plusieurs sous-préfectures appartenant à l'aire de santé.

Le paquet minimum d'activités (PMA) comprend :

- le niveau primaire : vaccination, stratégie avancée, surveillance nutritionnelle, CPN, CPC, vente des médicaments, accouchements, surveillance épidémiologique
- le niveau secondaire : consultations de références, hospitalisations des urgences (obstétricales, chirurgicales, pédiatriques et médicales), activités de laboratoires.

- ❖ **Hôpital préfectoral** : Au nombre de 26, constituent le premier niveau de référence pour les préfectures qui n'ont pas de Centre de Santé Amélioré (CSA) et le second niveau de référence là où ces structures existent.

Le paquet minimum d'activités comprend

- la prise en charge des références, les consultations externes, les hospitalisations;
- le développement des activités de recherche opérationnelle
- la formation du personnel de santé.

- ❖ **Hôpital régional**, Au nombre de 7, constituent le deuxième niveau de référence. Ils ont pour rôle la prise en charge des malades référés des hôpitaux préfectoraux et d'autres structures de santé de la région.

- ❖ **Hôpitaux nationaux** Au nombre de 2: (centres hospitaliers Donka et Ignace Deen) assurent une couverture nationale. L'hôpital national est la structure de référence des hôpitaux régionaux, préfectoraux, et des autres formations sanitaires publiques et privées.

L'hôpital national a une vocation de centre d'enseignement, de recherche en santé et formation du personnel.

ii. le secteur privé

Le sous-secteur privé comprend :

- des établissements hospitaliers d'entreprises ou de compagnies d'un niveau de référence quasi nationale et des établissements de type centre de santé ou dispensaires ;
- des centres médicaux. constitués de cabinets de soins infirmiers, de cabinets de sages femmes, de cabinets de consultations médicales et de cliniques.
- et des structures pharmaceutiques : officines, points de vente, agences de promotion et grossistes répartiteurs.

iii. L'accès au système de santé

iv. Ressources humaines: PNLP et les questions nationales

Le PNLP est dirigé par un Coordonateur National assisté d'un Coordonateur National Adjoint.

Il est structuré comme suit:

- une section suivi/Evaluation et Recherche
- une section Lutte anti vectorielle
- une section prise en charge de la maladie
- une section Interventions à Base Communautaire
- une section Pharmacie
- un service administratif et financier

v. Ressources humaines: au niveau régional et au niveau des structures chargées de

Les ratios du personnel sont loin de ceux prévus par l'OMS dans tous les types de personnels de santé. On note un déficit généralisé de personnel de santé en Guinée. En effet, en 2006, nous avons trouvé 764 médecins soit un médecin pour 13297 Habitants alors que l'OMS exige un médecin pour 10000 Habitants, 979 infirmiers soit un infirmier pour 10387 Habitants au moment où les normes exigent un infirmier pour 3000 habitants et 299 Sages-femmes soit une sage-femme pour 1530 femmes en âge de procréer (FAP) contre une sage-femme pour 300 FAP.

vi. Ressources humaines: initiatives pour améliorer la situation des ressources humaines

Le Ministère de la santé a considéré positivement la possibilité d'engager le personnel bénévole existant par le biais des communautés ; ONG (Plan Guinée) et projet (APNDS). L'estimation des besoins ayant déjà été faite. Le personnel sera embauché et financé par les communautés avec l'assistance technique du Ministère de la santé.

b. Besoins et requêtes pour renforcer le système de santé

i. Principaux goulots d'étranglements et défis

Les principaux goulots d'étranglement pour le renforcement du système sont :

- L'insuffisance de personnels experts pour intensifier la mise en œuvre des activités
- La faible capacité de coordination et de gestion des activités de lutte contre le paludisme au niveau district et régional
- Le manque de répertoire d'intervenants par zone ainsi que le domaine d'intervention
- L'insuffisance de mécanisme de collaboration entre les acteurs privés, parapublics, confessionnels et publics au niveau District et Régional
- L'impossibilité du PNLP à recruter directement du personnel

- L'insuffisance de personnels formés et motivés pour la lutte contre le paludisme au niveau central (PNLP), régional et district

En outre, les personnels du secteur privé, parapublic et confessionnel ne sont pas suffisamment impliqués dans la lutte contre le paludisme

ii. Solutions proposées

Pour faire face aux multiples missions les mesures suivantes doivent être envisagées pour accélérer la mise à échelle des interventions

- Doter le PNLN de personnels experts supplémentaires pour l'intensification de la lutte
- Doter le PNLN d'un local et d'équipements pour l'accomplissement efficace de ses missions
- Réfléchir aux mécanismes de motivation du personnel pour augmenter les performances du programme
- Simplifier les procédures administratives de mobilisation et d'acquisition de ressources pour la lutte contre le paludisme
- Donner les moyens juridiques au PNLN de mobiliser et d'acquérir les ressources
- Renforcer la capacité de coordination et de gestion des activités de lutte contre le paludisme au niveau district et régional
- Créer et mettre à jour un répertoire d'intervenants par zone ainsi que le domaine d'intervention.
- Renforcer le mécanisme de collaboration entre les acteurs privés, parapublics, confessionnels et publics au niveau district et régional

Tableau 21. Normes en Personnel, Personnel Actuel et Besoins

Régions sanitaires	Médecins	Infirmiers	Sage femme	Agents techniques de santé
Actuel	41	75	9	239
Norme	110	220	220	367
Ecart	-69	-145	-211	-128
Boké				
Actuel	84	117	35	386
Norme	152	304	304	506
Ecart	-68	-187	-269	-120
Kindia				
Actuel	30	43	10	170
Norme	84	168	168	281
Ecart	-54	-125	-158	-111
Mamou				
Actuel	51	120	26	462
Norme	239	479	479	798
Ecart	-188	-359	-453	-336
N'Zérékoré				
Actuel	31	50	14	254
Norme	82	165	165	274
Ecart	-51	-115	-151	-20
Faranah				
Actuel	43	63	11	428
Norme	153	306	306	510
Ecart	-110	-243	-295	-82
Kankan				

Actuel	35	42	8	259
Norme	98	195	195	325
Ecart	-63	-153	-187	-66
Labé				
Actuel	180	208	113	369
Norme	172	344	344	573
Ecart	8	-136	-231	-204
Conakry				
Total actuel	495	718	226	2567
Total norme	1098	2045	1950	3430
Total écart	-595	-1463	-1955	-1067

Tableau 23. Résumé des Besoins en Gestion de Programme et du Renforcement Institutionnel

Domaines	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Renforcement Institutionnel	-	-	-	-	-	-	
Renforcement des Instituts de Formation			67 890			67 890	135 780
Renforcement des Laboratoires d'entomologie et d'insectarium	23 000	23 000	23 000	23 000	23 000	23 000	138 000
Renforcement du système national de diagnostic du paludisme et de qualité assurance			2 067 420	2 012 420	2 012 420	2 012 420	8 104 680
Développement des curricula de formation de base	20 000		20 000				40 000
Développement des curricula de formation continue				20 000			20 000
Equipement							
Ordinateurs			190 300			190 300	380 600
maintenance informatique			49 100	49 100	49 100	49 100	196 400
Véhicules/Motos			505 000				505 000
maintenance & carburant veh			342 000	342 000	342 000	342 000	1 368 000
velos			228 000			228 000	456 000
General; Fournitures de Bureaux			37 500	37 500	37 500	37 500	150 000
Formation Générale							
Formation des agents de santé pour la planification de la lutte contre le paludisme			414 310		344 400		758 710
Formation en Gestion des cas et Diagnostic							
Diagnostic de laboratoires pour techniciens de Labo				239 680		239 680	479 360
Agents de Santé en Gestion des cas				-			-
Formation des agents de santé dans la prévention et le contrôle du paludisme			304 900				304 900
Formation dans la Réponse des épidémies							-
Formation en IEC/CCC							
Agents de Santé Communautaire			1 464 510				1 464 510
Formation dans la gestion de base de données et de la surveillance de Routine			23 370		23 370		46 740
Ressources Humaines							
Assistance Technique (AT) Générale			30 000	30 000	30 000	30 000	120 000
AT pour l'évaluation du système de S&E actuel (1 international, 1 national)			15 000		15 000		30 000
Salaire du Personnel			453 600	476 280	500 094	525 099	1 955 073
Coûts TOTAUX Estimés	43 000	23 000	6 235 900	3 229 980	3 376 884	3 744 989	16 587 753
Ressources disponibles	8 600	4 600	1 247 180	645 996	675 376	748 997	3 317 550
Ecart de Financement	-34 400	-18 400	-4 988 720	-2 583 984	-2 701 508	-2 995 992	-13 270 203

Conclusion

Au terme de cette étude qui avait pour objectif d'évaluer les besoins de la lutte contre le paludisme en vue de l'élaboration de la proposition paludisme devant être soumise au 9ème round de financement du Fond mondial ; nous arrivons aux conclusions suivantes,

La Guinée est située dans une zone où le paludisme se vit de façon endémique et 100% de la population est exposé au risque de transmission.

Le PNLP dispose d'une politique nationale de lutte contre le paludisme, d'un plan stratégique National et d'un plan de suivi évaluation ; les objectifs nationaux concordent avec ceux de RBM.

Pour la mise en œuvre des activités ; la Guinée a bénéficié des subventions du 2^{ème} round 6 893 509 USD et du 6^{ème} round d'un montant de 26 988 925 USD.

L'Etat guinéen accorde une allocation de 1.7% du budget national au secteur de la santé et les partenaires interviennent à travers le financement des différentes composantes (MILDA ; PTI ; IEC ; le suivi évaluation la Pulvérisation intra domiciliaire) selon leur domaine d'intervention.

L'écart budgétaire globale s'élève à 133 909 230 USD dont 83 264 405 USD pour les intrants 13 529 000 USD le coût de distribution ; 5 919 933 USD pour le suivi évaluation et 13 323 004 USD pour la gestion.

Les principaux goulots se résument à

- Une faible implication des communautés dans la stratégie nationale de prise en charge communautaire du paludisme.
- Faible implication des secteurs privés ; confessionnels ONGs et société civile dans la mise en œuvre des interventions.
- Faible coordination des différents intervenants dans la lutte contre le paludisme.
- Insuffisance de cadre de concertation ; planification intégrée et de suivi évaluation.
- Manque d'un plan de communication intégré.
- Rupture fréquente en sulfadoxo pyriméthamine.

A la lumière de résultats nous formulons les recommandations suivantes :

- Tenir compte des acquis de la subvention R2 et R6 du fonds mondial et des autres partenaires pour une meilleure rationalisation des ressources.
- Promouvoir le développement des activités communautaires de lutte contre le paludisme dans les domaines de la prévention, la prise en charge des cas ; la surveillance communautaire et la communication pour le changement de comportement.
- Intégrer les secteurs privé et confessionnel dans les activités de lutte contre le paludisme.
- Créer un cadre de concertation et de coordination de tous les intervenants.
- Elaborer/diffuser un plan de communication intégré.
- Mettre en place des procédures de gestion des financements des activités.
- Développer un mécanisme de renforcement des activités de suivi évaluation et veiller à sa mise en œuvre.
- Mettre en place un système approprié de gestion des intrants.
- Définir des procédures de soumission des sous bénéficiaires.

ANNEXES

Annexes

Tableau 24. Décomposition des coûts de la lutte anti larvaire/gestion de l'environnement

lutte anti larvaire/ gestion de l'environnement	Coût (\$)
Coûts des produits anti-larvaires	
Coûts opérationnels	
Suivi Evaluation	
IEC/CCC	
TOTAL Budget	

Table 25. Nombre de structures de santé par méthode de diagnostic

Structure		Méthode de Diagnostic				
Type	Nbre	Microscopie	TDRs	Microscopie et TDRs	Autres (specifier)	Total n(%)
Public						
Privé						
ASC						
Autres (Définir)						
Total						