

MINISTERE DE LA SANTE ET DE
L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION NATIONALE DE L'EPIDEMIOLOGIE
ET DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE



Programme National de Lutte contre le Paludisme

Plan Stratégique National 2023 - 2027

FEVRIER 2023



REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail-Justice-Solidarité



MINSITERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION NATIONALE DE L'EPIDEMIOLOGIE ET DE LA LUTTE CONTRE LA
MALADIE

Programme National de Lutte Contre le Paludisme

« UNE GUINEE SANS PALUDISME POUR UN
DEVELOPPEMENT SOCIOECONOMIQUE DURABLE »



© Programme National de Lutte contre le Paludisme, 2023

Siège : Carrefour Pharmacie Centrale de Guinée Commune de Dixinn B.P : 6339 Conakry
Tél. : (224) 628.99.42.96/628.97.97.29 Email : palugine@yahoofr – Site Web : www.pnlpguinee.org



AVANT-PROPOS

A l'échéance du Plan Stratégique de 4ème génération (2018-2022), le Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique, avec l'appui des partenaires, a procédé au dernier trimestre 2022 à la Revue de Performances du Programme de lutte contre le paludisme. Cette revue a été l'occasion de questionner la mise en œuvre des interventions par stratégie et de mesurer l'atteinte des objectifs fixés. Elle a permis d'identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces qui influencent la lutte contre le paludisme dans le pays. Elle a également permis d'identifier les leçons apprises de la mise des interventions, de faire des recommandations pertinentes et des propositions de réorientation des stratégies de la lutte contre le paludisme.

Les constats, conclusions et recommandations de cette revue ont servi de base au développement du présent Plan Stratégique quinquennal 2018-2022. Il est le résultat d'un processus participatif impliquant le PNLP, les autres Directions et du Ministère de la Santé et des autres Ministères concernés, les partenaires et Programme les partenaires techniques et financiers, le secteur privé, les acteurs de terrains (DPS, DRS) et les communautés (ACS, CSH, OBC). Il a fait l'objet d'une validation par le gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers au cours de la cérémonie de signature de l'aide-mémoire présidée par le président du Conseil National de Transition (CNT).

Ce Plan Stratégique National entre dans le cadre de la vision du MSHP en matière de lutte contre le paludisme, « Une Guinée sans paludisme pour un développement socioéconomique durable ». Il a pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en réduisant de façon significative le fardeau du paludisme d'ici fin 2027. Il permet de concrétiser la mission du PNLP qui est d'assurer à toute la population un accès universel à des services de prévention et de prise en charge du paludisme de qualité conformément à la politique nationale de santé.

Ses objectifs sont en parfaite adéquation avec la Politique Nationale de Santé, les axes stratégiques du Plan de Développement Sanitaire 2015-2024. Il est en conformité avec les engagements internationaux du gouvernement notamment les objectifs de la CDEAO, de l'Union Africaine (ALMA), du Plan Mondial d'Élimination du Paludisme de l'OMS/RBM 2016-2030 et les Objectifs de Développement Durable 2030 (ODD3) des Nations Unies.

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

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

Le Ministre de la Santé

Dr Mamadou Pethe DIALLO



REMERCIEMENTS

La coordination du Programme National de Lutte contre le Paludisme remercie l'ensemble des parties prenantes qui ont apporté leurs contributions de près ou de loin, à la réalisation de la revue performance du Plan Stratégique National (PSN) 2018 – 2022 et l'élaboration du PSN 2023 – 2027. Ce travail est le résultat d'un partenariat efficace entre le MSHP et tous les intervenant dans la lutte contre le paludisme en Guinée notamment l'OMS, le Fonds mondial, PMI/CDC/USAID, CRS, Plan Guinée, ChildFund, Chemonics et la société civile. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

Nous remercions sincèrement les services du Ministère de la Santé qui ont soutenu cette activité, notamment la Direction Nationale de l'Epidémiologie et Lutte contre la Maladie (DNLM), le Bureau de Stratégie et Développement (BSD), la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament, la Direction Nationale de la Santé Communautaire, l'Unité d'Appui à la Gestion et Coordination des Programmes (UAGCP), le Service Nationale de la Promotion de la Santé (SNPS), Service de Modernisation du Système d'Information Sanitaires (SMSI), la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS) et le Programme Elargi de Vaccination (PEV).

Notre reconnaissance s'adresse aussi aux experts de l'OMS, aux membres des groupes thématiques de la revue et de la rédaction du Plan Stratégique ainsi que l'ensemble du personnel du Programme National de Lutte contre le Paludisme qui n'ont ménagé aucun effort pour la réussite de cette activité. Le processus de réalisation a été facilité par un Consultant national auquel nous adressons notre gratitude pour la qualité de son appui.

Le MSHP adresse enfin sa reconnaissance à tous ceux et à toutes celles qui ont facilité l'élaboration de ce plan stratégique, fruit d'un processus participatif élargi à l'ensemble des intervenants en matière de lutte contre le paludisme en Guinée.

Nous fondons l'espoir que la mise en œuvre du présent PSN permettra à notre pays d'atteindre les objectifs fixés par le Plan Stratégique mondial de lutte contre le paludisme à l'horizon 2030 et de contribuer ainsi à la vision « Une Guinée sans paludisme pour un développement socio-économique durable ».

Le Coordonnateur du Programme National de Lutte contre le Paludisme

Pr Alioune CAMARA



LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

SIGLES	DEFINITIONS
AQ	Amodiaquine
AL	Artemether Luméfantrine
ASAQ	Artésunate Amodiaquine
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATD	Assistant Technique du District
BID	Banque Islamique de Développement
BM	Banque Mondiale
BSD	Bureau de Stratégie de Développement
CAP	Connaissances Attitude et Pratique
CCSC	Communication pour le Changement Social et de comportement
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CMC	Centre Médical Communal
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier
CRS	Catholic Relief Service
CS	Centre de Santé
DCS	Direction Communale de la Santé
DHIS2	District Health Information Software 2
DNELM	Direction Nationale de l'Epidémiologie et la Lutte contre la Maladie
DNPM	Direction National de la Pharmacie et du Médicament
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DSVCo	Direction Régionale de la Santé de la Ville de Conakry
EDS	Enquête Démographique de Santé
EIPAG	Enquête sur les Indicateurs du Paludisme et de l'Anémie en Guinée
ELeRP	Ecoliers Leaders Religieux contre le Paludisme
ENACIP	Enquête Nationale Annuelle de couverture des Interventions de lutte contre le Paludisme
<i>e-SIGL</i>	Système d'Information Electronique de Gestion Logistique
EUV	Enquête de vérification sur la disponibilité et de l'utilisation des médicaments
FFOM	Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces
FM	Fonds Mondial
FOSA	Formation Sanitaire
GAS	Gestion Approvisionnement et des Stocks
GE	Goutte Epaisse
GP	Gestion de Programme
ICN	Instance Nationale de Coordination
IEC/CCC	Information Education Communication/Communication pour le Changement de Comportement
IRS	Inspection Régionale de la Santé
LAL	Lutte Anti-larvaire
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MIS	Enquête sur les Indicateurs du Paludisme
MOP	Malaria Opérationnel Plan
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
NFM	Nouveau Model de Financement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMVS	Organisation pour la mise en valeur du fleuve Sénégal
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PCG	Pharmacie Centrale Guinée
PARMA	PMI-supported Antimalarial Resistance Monitoring in Africa (Surveillance de la résistance aux Antipaludiques en Afrique, soutenue par PMI)
PCR	Réaction Plasmatique Rapide
PEV	Programme Elargie de Vaccination
pHI	Proportionate Hole Index (en français : l'indice proportionnel des trous)
PID	Pulvérisation Intra-domiciliaire



PMI	Initiative Présidentielle de Lutte contre le Paludisme des Etats Unis
PS	Poste de Santé
PSN	Plan Stratégique National
PTF	Partenaire Technique et Financier
RBM	Roll Back Malaria
RDQA	Evaluation de la Qualité des Données
RECO	Relais Communautaires
RENALP	Réseau National de Lutte contre le Paludisme
RPP	Revue de Performance de Programme
RTI	Research Triangle Institute
SARA	Enquête sur l'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de sante
SE	Suivi-Evaluation
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
TES	Therapeutic Efficacy Study (Etude d'Efficacité Thérapeutique)
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UCAD	Université Cheikh Anta Diop
UAGCP	Unité d'Appui pour la Gestion et la coordination des Programmes
UGANC	Université Gamal Abdel Nasser de Conakry
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAD	Visite A Domicile
VIH	Virus Immunodéficience Humaine



TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	3
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	5
RESUME EXECUTIF	9
INTRODUCTION	13
1. PROFIL DU PAYS	14
1.1. Situation géographique	14
1.2. Structures socio-politiques.....	14
1.3. Situation démographique et Principales caractéristiques culturelles.....	14
1.4. Ecosystème, Environnement et Climat	15
1.5. Caractéristiques socioéconomiques	16
1.6. Analyse du système national de santé.....	18
1.7. Analyse des piliers du système de santé et Implication sur la lutte contre le paludisme.....	25
1.8. Place de la lutte contre le paludisme dans les priorités nationales de développement	27
2. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME	28
2.1. Historique de la lutte contre le paludisme	28
2.2. Profil national du paludisme	29
2.3. Performance du Programme de lutte contre le paludisme.....	36
2.4. Financement de la lutte contre le paludisme	38
2.5. Principaux acteurs de la lutte contre le paludisme	39
2.6. Principales faiblesses de mise en œuvre du PSN 2018-2022.....	40
2.7. Défis du programme pour le PSN 2023 – 2027	41
3. PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2023-2027.....	43
3.1. Cadre stratégique du PSN	43
3.2. Vision.....	43
3.3. Mission	43
3.4. Principes directeurs et valeurs.....	43
3.5. Orientations stratégiques et priorités.....	44
3.6. But du Plan Stratégique	44
3.7. Objectifs du Plan stratégique	44
3.8. Résultats attendus du Plan stratégique	44
4. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PSN.....	46
4.1. Description des interventions de lutte par objectif.....	46
4.1.1. Objectif 1 : Réduire l’incidence du paludisme d’au moins 80 % par rapport à 2022	46
4.2. Objectif 2 : Réduire le taux de mortalité liée au paludisme d’au moins 80% par rapport à 2022.....	50
4.3. Objectif 3 : Renforcer et maintenir les capacités de gestions du programme d’ici fin 2027.....	54
5. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DU PSN	63
5.1. Mécanisme de planification et de mise en œuvre	63
5.2. Gestion des ressources financières.....	64
5.3. Gestion et atténuation des risques	64
5.4. Budgétisation et plan financier du PSN	66
6. CADRE DE SUIVI – EVALUATION.....	67
6.1. Cadre de performance	67
6.2. Système de gestion des données	67
6.3. Utilisation des données de routine	68
6.4. Enquêtes de couverture et Évaluation de l’impact	68
6.5. Rôles et responsabilités, Mécanismes de coordination du MEAL/SERA.....	68
7. CADRE DE PERFORMANCE.....	67
ANNEXE	67



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition de la population guinéenne par région administrative en 2022	14
Tableau 2 : Indicateurs socio-économiques de la Guinée	17
Tableau 3: Types d'informations collectées par les sous-systèmes du SNIS	24
Tableau 4 : Tendances des indicateurs épidémiologiques de lutte contre le paludisme 2018 – 2022	32
Tableau 5 : Stratification et populations à risque de paludisme par strate épidémiologique, 2021	34
Tableau 6 : Changements de niveau d'endémicité entre 2012 et 2021 selon la prévalence parasitaire	35
Tableau 7 : Performance de la mise en œuvre des activités 2018-2022	36
Tableau 8 : Performance de mise en œuvre des activités par stratégie/intervention	37
Tableau 9 : Tendances annuelles de la mobilisation des ressources durant le PSN 2018 - 2022.....	38
Tableau 10 : Evolution de la contribution du Gouvernement et des partenaires par année (2018 – 2022)	38

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte administrative de la Guinée.....	14
Figure 2 : Répartition géographique de la mortalité infanto-juvénile 2018.	17
Figure 3 : Circuit de l'information du Système National d'Information Sanitaire (SNIS)	25
Figure 4 : Distribution des vecteurs du paludisme dans 5 préfectures de la Guinée	30
Figure 5 : Niveau de résistance des vecteurs par site étudié	Erreur ! Signet non défini.
Figure 6 : Tendances de la distribution des cas de paludisme 2018 – 2022	32
Figure 7 : Evolution de la prévalence parasitaire du Paludisme	33



RESUME EXECUTIF

La Revue de Performance du Programme pour la période couverte par le PSN 2022-2027 a été réalisée en 2022. Cette revue a permis de dégager les forces, faiblesses, opportunités et menaces de la lutte contre le paludisme durant ces cinq dernières années, d'identifier les défis à relever et de définir les orientations stratégiques pour les cinq prochaines années.

Le présent Plan Stratégique National (PSN) 2023 à 2027 a été développé sur la base des leçons apprises et des orientations stratégiques issues de cette revue. Ses objectifs sont en adéquation avec la Politique Nationale de Santé, le Plan de Développement Sanitaire 2015-2024, les objectifs de l'Union Africaine (ALMA), les Objectifs de Développement Durable 2030 (ODD 1, 3 et 4) des Nations Unies et les objectifs du Plan Stratégique Mondial de Lutte contre le Paludisme 2016 – 2023 de l'OMS.

Le PSN 2023-2027 entre dans le cadre de la vision du pays, "Une Guinée sans paludisme pour un développement socioéconomique durable". Les interventions prévues permettront la réalisation de la mission du Programme qui est d'assurer à toute la population un accès universel à des services de prévention et de prise en charge du paludisme de qualité conformément à la politique nationale de santé.

La mise en œuvre de ce plan se fera dans le respect des principes et des valeurs universels, à savoir la justice sociale, la solidarité, l'équité, l'éthique, la probité et la qualité. Il en est de même des principes directeurs basés sur la bonne gouvernance, l'approche genre, le respect des évidences scientifiques et des recommandations internationales dans le choix des interventions de lutte contre le paludisme. Le défi majeur du PNLN pour les cinq prochaines années est d'aller vers la pré-élimination du paludisme.

Le but est de réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme d'au moins 80% d'ici fin 2027. Les objectifs sont les suivants : i) Réduire l'incidence du paludisme d'au moins 80% par rapport à 2022 ii) Réduire la mortalité due au paludisme d'au moins 80% par rapport à 2022 et iii) Renforcer et maintenir les capacités de gestions du programme à tous les niveaux d'ici fin 2027. Il s'agira d'une part de capitaliser les acquis du PSN 2018-2023 et d'autre part d'identifier et mettre en œuvre des interventions novatrices à haut impact dans tous les domaines de la lutte contre le paludisme. Pour ce faire, des stratégies et des interventions ont été développées et planifiées sur la base de la stratification et de l'épidémiologie du paludisme.

- **Prévention du paludisme :**

Lutte Antivectorielle Vectorielle (LAV) : Pour la couverture universelle en MILDA, une campagne de masse de distribution de masse des MILDA sera organisée en 2025 et la distribution de routine ciblant les enfants de moins d'un an et les femmes enceintes reçus dans les services de vaccination et de consultation prénatale sera poursuivi. La distribution continue des MILDA à travers les canaux scolaire et communautaire sera mise en œuvre en vue de renouveler les MILDA dans les ménages, de toucher les zones enclavées et populations défavorisées. Dans le domaine de la lutte anti larvaire, des approches spécifiques seront développées en collaboration avec les autorités locales (communes, quartiers, secteurs, villages), les Ministères de l'Administration du territoire et de l'environnement, les ONG/OBC et les entreprises minières pour promouvoir les mesures d'hygiène et d'assainissement du milieu. En relation avec les institutions de recherche et les entreprises minières, la PID sera mise en œuvre sous forme de projet pilote dans les zones éligibles. Toutes ces actions seront soutenues par des études entomologiques qui permettront la mise à jour continue de la cartographie des vecteurs (distribution spatiale, infectiosité) et le suivi de la sensibilité des vecteurs aux insecticides en vue d'adapter et d'affiner le ciblage des interventions.

Dans le domaine des interventions spécifiques, la Chimioprévention du Paludisme Saisonnier (CPS) sera poursuivie; le nombre de cycle de passage sera augmenté dans les zones éligibles et l'âge des enfants cibles sera étendu à 10 ans conformément aux recommandations de la stratification du Paludisme. **Le Traitement Préventif Intermittent à la SP** chez la femme enceinte sera renforcé à travers une meilleure collaboration avec les services de la Santé de la Reproduction et l'implication accrue des acteurs communautaires (RECO, ASC, COSAH, ONG/OBC) afin d'obtenir une meilleure couverture des femmes



enceintes en TPI3. En collaboration avec le PEV, le Traitement Préventif Intermittent chez le nourrisson (TPIIn) et la vaccination antipaludique seront introduits dans les zones éligibles.

- **Prise en charge des cas de paludisme**

Au cours de ce PSN, les défis à relever sont le renforcement de la qualité de la prise en charge des cas dans toutes les structures, publiques, parapubliques et l'amélioration de l'accès aux services (diagnostic et traitement). Des actions spécifiques (formation, supervision, audit de qualité, coaching,) seront développées en direction des prestataires pour améliorer la qualité de la prise en charge notamment des cas graves. L'intégration de la prise en charge des cas au niveau communautaire, dans les secteurs parapublic, privé, associatif et confessionnel sera poursuivi en collaboration avec la Direction de la Santé Communautaire, le service de santé des armées, les ONG, les organisations communautaires, les entreprises minières, etc. Les protocoles, directives et manuels actuels seront maintenus mais pourraient évoluer en fonction des résultats des études et enquêtes et des recommandations des institutions internationales (OMS, RBM).

- **Gestion du programme**

A travers ce plan stratégique, la coordination, la planification, le partenariat, la gestion des ressources, le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et la gouvernance seront renforcés.

Le renforcement des capacités institutionnelles et gestionnaires va concerner la gouvernance et le leadership à travers des activités visant à renforcer la gestion programmatique et financière dans le respect de la transparence, de la redevabilité, de la responsabilisation, de l'éthique et de la gestion de l'information. Des audits institutionnels seront réalisés tous les 2 ans pour identifier les besoins de renforcement de capacités institutionnel et des Ressources Humaines. Le personnel contractuel sera maintenu et d'autres agents seront recrutés dans les domaines de la comptabilité, de l'entomologie, de l'épidémiologie, de la bio statistique, de l'informatique et de la communication. Ce PSN contribuera au renforcement des compétences des ressources humaines des cadres du programme, des IRS et des DPS à travers la participation aux cours nationaux et internationaux en suivi-évaluation, LAV, gestion de programme et leadership, gestion financière et comptable, paludologie, épidémiologie et bio statistique, socio-anthropologie, communication pour le changement de comportement et développement communautaire.

Un plan d'action opérationnel sera élaboré chaque année. Le PNLP veillera à ce que les plans d'action opérationnels des DPS et IRS intègrent les activités de lutte contre le paludisme. Le suivi de la mise en œuvre des interventions au niveau central et opérationnel se fera à travers les réunions de coordination des comités RBM, réunions mensuelles des DPS, les groupes thématiques, CTRS et CTPS, les revues trimestrielles, et les supervisions.

Le renforcement du partenariat mettra l'accent sur le fonctionnement des comités de suivi RBM, les réunions de coordination de la DNELM, les réunions de coordination avec les projets et les réunions des groupes thématiques. Sous le leadership de la DNELM, la collaboration va être renforcée avec toutes les Directions et Programmes du Ministère de la Santé afin d'améliorer la coordination, d'éviter les interférences des activités sur le terrain. Les groupes thématiques seront élargies à d'autres secteurs ou Ministères intervenant dans la lutte contre le paludisme. Pour assurer le suivi des actions d'élimination du paludisme en Guinée et soutenir des initiatives de plaidoyers pour la mobilisation des ressources internes, un Conseil d'Elimination du Paludisme sera créé et rendu fonctionnel.

Dans le cadre de la gestion des ressources matérielles, l'accent sera mis sur la maintenance des infrastructures et du matériel existant, le renouvellement de celui vétuste puis à l'acquisition des équipements additionnels conformément aux besoins exprimés. Avec l'appui des partenaires les activités ci-après seront réalisées : (i) Construction d'un siège du PNLP, (ii) Acquisition des nouveaux équipements informatiques et bureautiques, du mobilier de bureau, de fournitures, matériels et consommables de bureau, de véhicules de supervision, (iii) Maintenance préventive et curative des matériels et équipements, (iv) Entretien et sécurité des locaux.



Concernant la gestion financière, la vision du programme pour les cinq prochaines années est d'atteindre un taux de mobilisation des ressources d'au moins 90% du budget prévu et être à mesure de gérer des subventions de manière autonome en tant que bénéficiaire principal. Un plan de mobilisation des ressources, de renforcement des capacités et d'assistance technique sera élaboré et fera l'objet d'un suivi périodique et d'une évaluation annuelle impliquant les services centraux du ministère de la santé, le PNLP, les partenaires et les DRS/DP Approvisionnement et système de gestion des achats et des stocks

- **Approvisionnement et système de gestion des achats et des stocks**

La quantification des produits antipaludiques sera effectuée à travers l'organisation d'un atelier annuel qui va regrouper le PNLP, la centrale d'achat, les services compétents du Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique et l'ensemble des partenaires. Compte tenu de la faible capacité de stockage des intrants au niveau national et décentralisé, le PSN contribuera à la réhabilitation des magasins de stockage des formations sanitaires et de la PCG-SA

La sélection des intrants antipaludiques sera faite sur la base de la liste nationale des médicaments essentiels conformément aux protocoles nationaux de prise en charge et de prévention. Les achats/acquisitions seront réalisés par la Pharmacie centrale de Guinée mais pour des besoins spécifiques, les agences d'exécution des principaux bailleurs de fonds peuvent être sollicitées pour procéder à des achats après validation des spécifications techniques et des quantités par le programme national de lutte contre le paludisme. Le PSN appuiera la révision et la diffusion des directives, des outils de gestion et guides de formation. Il est prévu la formation en cascade des acteurs sur le SIGL, la dotation en matériel informatique (micro-ordinateurs et logiciels de gestion de stocks). Le système de panier commun sera maintenu et consistera à la mise en commun des produits et à leur distribution suivant les besoins exprimés par les formations sanitaires

Dans le cadre du renforcement des capacités du personnel, il sera organisé des sessions de formation/Recyclage sur la gestion des stocks. A l'issue de l'analyse des données de rapportage mensuel, il sera procédé à des visites ciblées de vérification, de résolution de problèmes et de renforcement de capacités. Il est prévu d'appuyer le LNCQM par l'approvisionnement continu en réactifs et en équipements, le renforcement des capacités des acteurs, la maintenance des équipements et le renforcement des compétences techniques.

En matière de Pharmacovigilance le Programme collaborera avec la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament pour la mise en œuvre des activités de pharmacovigilance notamment le renforcement des capacités des ressources humaines dans la collecte, la transmission, l'analyse et la diffusion des données sur les effets indésirables. Le PSN 2023-2027 appuiera l'Inspection Générale de la Santé et les pharmaciens des inspections régionales et préfectorales/communales de la santé à assurer des suivis rapprochés et les supervisions formatives pour la sécurisation des intrants antipaludiques et le respect de la politique de gratuité des intrants antipaludiques.

- **Communication**

Les interventions qui seront mises en œuvre portent essentiellement sur la communication interpersonnelle, la mobilisation sociale, la mobilisation communautaire, la communication masse media et le plaidoyer. Une enquête CAP sera réalisée tous les 2 ans pour mesurer le niveau de connaissance, les attitudes et les pratiques de la population, identifier les barrières aux changements de comportements et mettre à jour le plan de communication sera mis à jour sur la base des résultats de cette enquête qui prendra en compte les aspects genre, inclusion et droits humains. Pour faciliter le processus de planification et de mise en œuvre des interventions, la capacité technique des cadres de l'unité communication du PNLP sera renforcée et des équipements seront rendus disponible pour la conception, la production et la diffusion des messages.

La Communication Interpersonnelle (CIP) portera sur les visites à domiciles (VAD) par les RECO, les causeries éducatives par les Organisation à base communautaire (OCB) et leaders religieux, la paire éducation en milieu scolaire par les élèves et dans la communauté par les leaders communautaires, l'approche maris model, les groupes de discussion intergénérationnel, les dialogues communautaires et les veillées villageoises.



Dans le domaine des masses médias, des efforts seront concentrés sur la communication digitale (réseaux sociaux, sites internet), la diffusion des messages par les radios et la télévision ainsi que les supports imprimés. En matière de communication Institutionnelle, il s'agira d'accroître la visibilité des interventions de lutte contre le paludisme.

La mobilisation sociale s'appuiera sur les événements internationaux (Journées Mondiales), nationaux (lancements des campagnes, etc.) ou locaux pour partager les résultats clés et faire un plaidoyer pour susciter l'engagement des acteurs. Les ONG, OCB, les leaders religieux, les leaders d'opinions (artistes, griots, crieurs publics, etc.), les tradipraticiens ainsi que le secteur éducatif seront impliqués pour la diffusion des messages de sensibilisation sur la promotion de l'utilisation des services de lutte contre le paludisme.

Le Programme, va renforcer les activités de communication de proximité avec les ACS/ONG/OBC et à travers les mass médias (radios communautaires et privées). Il mettra à l'échelle les initiatives novatrices comme « Ecolier contre le paludisme » et « Leaders religieux contre le paludisme » en tenant compte des leçons apprises.

- **Suivi-Evaluation Redevabilité et Apprentissage (MEAL/SERA) :**

Le Plan Stratégique National (PSN) 2023-2027 poursuivra le renforcement du système de Suivi-Evaluation, Redevabilité et Apprentissage (MEAL/SERA) afin d'informer régulièrement sur les performances du programme et de permettre des prises de décision basées sur des évidences. Le système s'intègre au Système National d'Information Sanitaire (SNIS) du pays y inclue la surveillance épidémiologique et la recherche opérationnelle sur le paludisme. L'évaluation des performances du PSN 2023 – 2027 sera basée sur le suivi, la surveillance épidémiologique, l'évaluation, la redevabilité, l'apprentissage et la recherche opérationnelle.

Le Programme organisera tous les 2 ans des formations/recyclages sur le Manuel de Procédure Opérationnelle de suivi – évaluation (gestion des données, contrôle de qualité, supervision, revues trimestrielles) et l'utilisation de la Carte de Score. Ces formations seront organisées à l'intention des gestionnaires de données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Un système de redevabilité et d'apprentissage efficace sera développé pour améliorer la transparence dans la mise en œuvre des interventions à travers une orientation des acteurs sur la redevabilité et l'apprentissage, le partage des leçons apprises et l'évaluation de la prise en compte de la redevabilité/apprentissage dans la réalisation des activités.

En collaboration avec le SNIS qui prévoit une révision tous les deux ans. Le manuel de procédures opérationnelles de Suivi-Évaluation sera révisé pour prendre en compte les aspects redevabilité, apprentissage, genre et droits humains et tous les acteurs seront orientés.

Le Renforcement du système d'assurance qualité des données du paludisme consistera à réaliser la supervision, les revues trimestrielles de validation et de partage des données, des audits semestriels de la qualité des données (RDQA). Il s'agira de poursuivre et de renforcer la numérisation des données des campagnes (CPS et MILDA), des données de routine, des supervisions, des formations, de communications, d'audits, de recherche et d'enquêtes

En collaboration avec le BSD/SNIS, l'INS, les partenaires et l'appui technique des experts nationaux et internationaux des enquêtes et évaluations seront réalisées pour mesurer les effets et impacts des interventions (EDS, MICS, MIS, Enquêtes annuelles de couverture). Des études seront également menées au niveau des sites sentinelles pour le suivi des indicateurs de résistance des vecteurs aux insecticides et des parasites aux antipaludiques. En collaboration avec le comité de recherche sur le paludisme et les institutions compétentes, la recherche opérationnelle sur le paludisme sera renforcée en vue de l'identification et la vulgarisation de stratégies novatrices de lutte contre le paludisme.

Dans le cadre de la surveillance épidémiologique, les données hebdomadaires seront collectées et analysées sous le leadership de DNELM et l'ANSS afin de détecter les augmentations inhabituelles des cas ou des décès dus au paludisme.



INTRODUCTION

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

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

Conformément aux orientations de l'OMS et de Roll back malaria, la Guinée a mis en œuvre depuis 2001 quatre plans stratégiques quinquennaux de lutte contre le paludisme. À l'échéance du plan de quatrième génération (2018-2022), le Ministère de la Santé, avec l'appui des partenaires au développement et des acteurs de terrain, a conduit en 2022 une revue des performances du programme de lutte contre le paludisme. Ce processus a permis d'identifier les forces, faiblesses, opportunités et menaces du PNLP et a abouti à des recommandations permettant de réorienter les stratégies et d'améliorer la mise en œuvre des interventions.

Le présent plan stratégique 2023-2027, qui découle de cette revue est en phase avec les documents de politique et plans de lutte contre le paludisme au niveau national, africain et international ; il vise à réduire d'au moins 80% l'incidence et la mortalité liées au paludisme d'ici 2027 pour amener le pays vers la pré-élimination. Il représente un cadre de référence et un outil d'orientation pour tous les intervenants et partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme. Dans le cadre « three on » ce plan est aussi un instrument de plaidoyer pour la mobilisation des ressources et de renforcement du partenariat autour d'un seul plan stratégique, un seul plan de suivi/évaluation et une seule coordination.

Après une description du profil pays et du système de santé, une analyse de la situation du paludisme et des résultats obtenus dans la lutte contre le paludisme, le Plan Stratégique National 2023-2027 définit le cadre logique (vision, mission, but, objectifs, stratégies et interventions), le cadre de mise en œuvre des interventions prévues, le budget et le cadre de suivi évaluation de la lutte contre le paludisme pour les cinq prochaines années.



1. PROFIL DU PAYS

1.1. Situation géographique

La République de Guinée est située en Afrique occidentale, entre 7° et 12° latitude nord et 8° et 15° longitude ouest. Elle est limitée par la Guinée Bissau au nord-ouest, le Sénégal et le Mali au nord, la Côte d'Ivoire à l'Est, le Liberia et la Sierra Leone au sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'Est en ouest et 500 km du nord au sud. Sa superficie totale est de 245 857 km².

1.2. Structures socio-politiques

Sur le plan administratif, la Guinée est divisée en 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée. Le pays compte 33 préfetures, 39 communes urbaines dont 6 à Conakry et 323 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 524 quartiers urbains et 1615 districts ruraux¹.



Figure 1 : Carte administrative de la Guinée

1.3. Situation démographique et Principales caractéristiques culturelles

Sur le plan démographique, la population totale actualisée sur la base du recensement de la population réalisé par l'INS en 2014 est de 14 129 186 habitants en 2022. Cette population semble en dessous de la réalité. En effet, le dénombrement effectué en 2022 à l'occasion de la campagne nationale de distribution des MILDA a donné une population de 17 114 013 habitants.

Tableau 1 : Répartition de la population guinéenne par région administrative en 2022²

Région	Population 2022
Boké	1 455 982
Conakry	2 232 802
Faranah	1 265 766
Kankan	2 637 981

¹ Annuaire statistique de l'INS, 2021

² Source : projections de la population RGPH4 de 2014 de l'INS.



Kindia	2 097 667
LABE	1 334 817
Mamou	982 475
Nzérékoré	2 121 696
TOTAL	14 129 186

Selon l'EDS 2018 la population guinéenne est composée de 47 % d'hommes et 53 % de femmes. La structure par grands groupes d'âges de la population met en évidence une population jeune, un peu moins de la moitié de la population (48 %) étant âgée de moins de 15 ans. Les personnes de 65 ans ou plus représentent 4 % de la population. La majorité de la population (71%) vit en zone rurale où l'agriculture demeure la principale activité. Toutefois, le pays connaît de plus en plus un exode rural massif des jeunes, vers les grands centres urbains et les zones minières. Les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans représentent respectivement 4,5% et 20% environ.

La majorité de la population vit en milieu rural (70%) presque exclusivement de l'agriculture et de l'élevage. La démographie est marquée par de fortes disparités régionales : Basse Guinée (20,4%), Moyenne Guinée (22,9%), Haute Guinée (19,7%), Guinée Forestière (21,7%) et la zone spéciale de Conakry (15,3%) de la population totale³. Seulement, 4% des Guinéens ont plus de 65 ans et la taille moyenne des ménages est de plus de 6 personnes.

Le taux brut de natalité était de 34‰ en 2012 avec un indice synthétique de fécondité de 5,1. On note un taux de fécondité élevé aux jeunes âges, avec un taux de 146 ‰ à 15-19 ans, qui augmente rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum de 224 ‰ à 25-29 ans et qui se maintient à un niveau relativement élevé jusqu'à 30-34 ans où le taux se situe encore à 198 ‰. Les niveaux de mortalité adulte sont quasiment identiques chez les femmes et les hommes (4,9 et 4,7 décès pour 1 000). L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans⁴.

Le Troisième RGPH de 2014 a dénombré une population des personnes handicapées qui représente environ 1,5 % de l'effectif total de la population Guinéenne. Cette population est inégalement répartie entre les deux sexes (53% des hommes et 47% des femmes). Deux tiers des personnes vivant avec un handicap résident en milieu rural. La répartition par région de résidence montre que les régions de Kindia (16,2 %), de Nzérékoré (15,6 %), de Kankan (15,5 %) et de Conakry (14,2 %) ont les plus grandes proportions des personnes vivant un handicap quel que soit le sexe. Plus de 60 % des personnes vivant avec handicap résident dans ces quatre (4) régions⁵.

1.4. Ecosystème, Environnement et Climat

La République de Guinée est située en Afrique occidentale, entre 7° et 12° latitude nord et 8° et 15° longitude ouest. Pays côtier d'Afrique de l'Ouest, la Guinée partage ses frontières avec six pays (Guinée-Bissau, Sénégal, Mali, Sierra Leone, Libéria et Côte d'Ivoire). Elle est limitée par la Guinée Bissau au nord-ouest, le Sénégal et le Mali au nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'est, le Liberia et la Sierra Leone au sud et l'Océan Atlantique à l'ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'est en ouest et 500 km du nord au sud. Sa superficie totale est de 245 857 km².

La Guinée comprend quatre régions naturelles :

- La basse Guinée : c'est une région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et qui se caractérise sur le plan climatique par de fortes précipitations qui varient entre 3000 et 4000 mm par an ;
- La moyenne Guinée : Il s'agit d'une région de massifs montagneux qui couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles qui varient entre 1500 et 2000 mm ;

⁵ Institut National de la Statistique – RGPH 2014 (https://www.stat-guinee.org/images/Documents/Publications/INS/rapports_enquetes/RGPH3/RGPH3_situation_des_personnes_vivant_avec_un_handicap.pdf)



- La haute Guinée : est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays et où le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm par an ;
- La Guinée forestière : c'est un ensemble de forêts et de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national, avec une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm.

Le pays doit son originalité à son milieu naturel qui se caractérise par des contrastes climatiques, des barrières montagneuses et l'orientation des reliefs qui se combinent pour donner à chaque région des particularités du point de vue climat, sols, végétation et mode de vie des populations. Autrefois appelée " Les rivières du Sud " la Guinée est le pays le plus arrosé de l'Afrique de l'Ouest. Elle dispose de la plus large côte (300 Km sur l'océan Atlantique) en Afrique de l'Ouest. Elle est la source de 13 fleuves qui arrosent les pays voisins dont le fleuve Niger - le plus grand de l'Afrique de l'Ouest et de Konkouré. De nos jours, 1161 cours d'eau sont répertoriés dans le pays.

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

- Hydrographie des Régions montagneuses (La Guinée Forestière et la Moyenne Guinée) : Elle est composée des Torrents, des cascades et des chutes. Par exemple les chutes de Kinkon et les chutes de Kambadaga à Pita situées à 396 Km de Conakry, les chutes de Sala (Labé 431 Km de Conakry), les chutes voile de la mariée à Kindia 145 km de Conakry, Les chutes de dubréka ou " chien qui fume" à Dubreka(42 km de Conakry), les cascades de Sarékali (vers Guinée Yimbèrin/Labé), la chute de Gubé à Kérouané, les chutes de kindoï, de Tinkisso et de Kankama (à Faranah 562 Km de Conakry), les chutes de Yendé (entre Guéckedou et Kissidougou à 700 km de Conakry).
- Hydrographie des Régions plates (La Haute Guinée et la Basse Guinée) : Elle est composée de lacs, d'étangs, des mares, des marécages, des plages.... Par exemple la mare de Baro (à Kignèro/ Kouroussa), les mares de Dalaba (à Dalaba), les plages du Milo à Kankan, les plages djoliba à Kouroussa, les plages de Baffing à Siguiiri, les plages des îles de Loos (Room, Kassa, blanche), la plage Bel Air (à Boffa 225 km de Conakry), la plage Rogbanè de Conakry.

1.5. Caractéristiques socioéconomiques

Avec une population de 14 129 186 d'habitants en 2022 et un PIB de 17,6 Mds USD en 2021 selon le FMI, la Guinée se situe au bas du classement IDH, occupant le 178^{ème} rang sur 189 pays en 2019. Selon les autorités, un peu moins de la moitié des Guinéens (44%) vivent en dessous du seuil de pauvreté qui est estimé à 13 679 GNF/personne/jour (1,3 EUR) en 2019. Par ailleurs, l'économie reste encore en grande partie informelle, avec une part estimée à 41,5% du PIB et 96% des emplois en 2019. En outre, l'espérance de vie à la naissance se situe à 61 ans en 2020. En 2020, malgré l'impact de la pandémie et les tensions politiques survenues, l'économie a maintenu un niveau de croissance important estimé à +6,4%, du fait de l'entrée en production de deux nouvelles sociétés de bauxite, une meilleure comptabilisation de la production aurifère et la reprise de la demande chinoise. La croissance économique en 2021 a ralenti à +4,2%, en lien avec la croissance relativement très modérée du secteur minier (+11,2% en 2021, contre +36,9% en 2020), mais qui demeure le principal moteur de la croissance. Les perspectives économiques de la Guinée sont globalement positives : une accélération de la croissance est attendue sur la période 2022-2024, qui passerait notamment de 4,8% à 6,3% sur la période.

Dans le secteur de l'éducation, des progrès remarquables ont été réalisés. Les principaux indicateurs montrent : (i) une hausse du taux net de scolarisation au primaire qui est passé de 53,2% en 2002 à 75% en 2017 ; (ii) une augmentation du taux d'achèvement du cycle primaire qui a évolué de 33% en 2000 à 70% en 2017 et (iii) une amélioration du niveau d'alphabétisme, notamment celui des jeunes de 15 à 24 ans est passé de 54% en 2012 à 68% en 2017.

Des progrès indéniables ont été réalisés en matière de (i) réduction de la mortalité infantile ; (ii) la santé maternelle ; (iii) la lutte contre le VIH/Sida, le Paludisme et d'autres maladies endémiques. La mortalité



infanto-juvénile et la mortalité infantile ont baissé respectivement de 40 points et de plus de 24 points ; En 2018, l'EDS a montré une couverture vaccinale complète de enfants de 12 – 23 mois était de 24%. La mortalité maternelle a connu une réduction remarquable entre 2005 et 2012, passant de 980 à 724 sur 100 000 naissances. En 2018, la mortalité maternelle est estimée à 650 sur 100 000 naissances.

La proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée se situe à 67,8%. Celle de la proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées quant à elle, reste à un niveau relativement faible par rapport aux objectifs fixés. Ces résultats ont été obtenus grâce à la mise en œuvre de projets urbains et d'assainissements avec l'appui de la Banque Mondiale, de la BADEA, de l'AFD et de l'UNICEF principalement. Toutefois, la situation de l'environnement urbain et les conditions de logement en milieu urbain restent préoccupantes.

Tableau 2 : Indicateurs socio-économiques de la Guinée

Indicateurs	Valeur
Espérance de vie à la naissance (UNWPP, 2020)	59 ans
Taux d'alphabétisme des hommes (EDS 2018)	55%
Taux d'alphabétisme des femmes (EIPAG 2021)	41%
PIB par habitant (Banque Mondiale, 2021)	1 189,2 \$USD
Indicateur de développement Humain (IDH)	0.46
Classement sur la base de l'IDH (2021)	182 ^{ème} /191 pays
Taux de mortalité des enfants < 1 ans (EDS 2018)	67 ‰
Taux de mortalité des enfants < 5 ans (EDS 2018)	11 ‰
Taux de mortalité néonatale	32 ‰
Taux de mortalité maternelle (EDS IV2012)	724/100000 Naissances vivantes
Proportion d'accouchements assistés (EDS 2018)	53%
Couverture CPN 1 (EDS 2018)	81%
Couverture en CPN 4 (EDS 2018)	35%
Indice synthétique de fécondité	4,8
% de Ménages vivants au-dessous du seuil de Pauvreté (ELEP -2012)	55.2%
Recherche de conseils ou un traitement pour des enfants de moins de 5 ans qui ont eu de la fièvre dans les 2 semaines avant l'enquête	62%
Enfant de 12 à 23 mois complètement vaccinés	24%

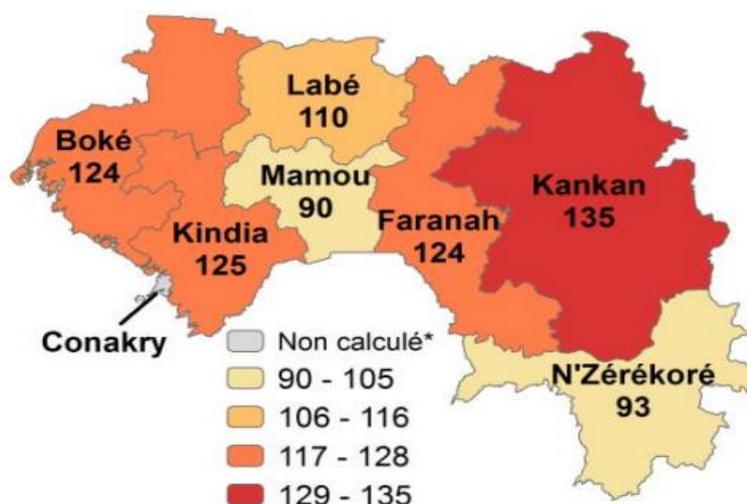


Figure 2 : Répartition géographique de la mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes des enfants de moins de 5 ans pour 10 dernières, Rapport EDS 2018.



1.6. Analyse du système national de santé

1.6.1. Politique nationale de santé

1.6.1.1. Fondements, principes, Gouvernance sanitaire

La Constitution reconnaît la santé comme un droit fondamental en son article 15 qui stipule que : « Chacun a droit à la santé et au bien-être physique. L'Etat a le devoir de les promouvoir, de lutter contre les épidémies et les fléaux sociaux ». Selon le PNDS 2015 – 2024, la politique de santé du gouvernement a pour vision « une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé de qualité avec leur pleine participation ». Cette vision s'inspire de celle définie dans la Stratégie de Réduction de la Pauvreté qui ambitionne à long terme d'asseoir un système de santé performant, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous, en particulier les plus vulnérables.

La Politique nationale de santé repose sur les engagements du gouvernement de par son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé sur le plan mondial, régional notamment la Déclaration universelle des droits de l'Homme, la Charte Africaine des droits de l'Homme et des Peuples, la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Sur le plan national, le pays a adopté une série de textes et politiques traduisant la volonté politique du gouvernement en faveur de la santé et du bien-être des populations et qui sont, entre autres, le Code de santé publique, le Code des collectivités locales, le Code de l'environnement. La politique nationale de santé est basée sur **l'approche** des Soins de Santé Primaires avec comme niveau opérationnel le district sanitaire. La mise en œuvre de cette politique est guidée par **les principes directeurs** suivants :

- **Efficienc**e : L'atteinte d'un maximum des résultats devra correspondre à une utilisation rationnelle des ressources disponibles (humaines, matérielles, financières et temporelles). Ceci sous-tend la promotion des interventions à haut impact avec des évidences avérées.
- **Soins centrés sur les personnes et les services intégrés** : Les soins sont organisés autour des besoins et attentes des personnes et des communautés plutôt que sur les maladies. Il s'agit de promouvoir les soins centrés sur la personne permettant une meilleure implication des individus, des familles, des communautés et de la société civile.
- **Gestion axée sur les résultats** : pour une meilleure articulation entre les ressources mobilisées et les performances à réaliser avec un accent particulier sur la redevabilité.
- **Décentralisation/ déconcentration** : basée sur les compétences des collectivités locales dans le domaine de la santé (Article 29 du Code de Collectivités Locales) et sur l'option du ministère de la Santé de faire du district le lieu d'opérationnalisation de la Politique Nationale de Santé et du PNDS.
- **Partenariat** : valorisation de la dimension multisectorielle de la santé et accroissement du nombre d'acteurs nationaux et internationaux évoluant dans le secteur.

La Guinée a adopté en 1988 l'approche des Soins de santé Primaires comme fondement de sa politique nationale de santé. Cette approche va se poursuivre avec les réformes de revitalisation des Soins de santé Primaires et de Renforcement du système de santé. Ces réformes sont entre autres :

- La politique nationale de la santé prévoit de renforcer **la gouvernance** du secteur, principalement par :
- La réforme de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) avec une réforme de financement de la santé.
- La réforme des prestations de soins et services de santé intégrés et centrés sur la personne avec une réforme de la santé communautaire et une réforme hospitalière ;
- La réforme des politiques publiques avec une promotion de la santé dans les politiques sectorielles, le renforcement de la multisectorialité et une participation citoyenne dans les secteurs de développement à hauteur de 1 à 2% de leur budget consacré à la santé publique.

Les réformes du leadership et de la gouvernance sanitaire avec des réformes et mesures sur la décentralisation et la déconcentration, l'organisation et la gestion sanitaire, la coordination du secteur santé, la législation et la régulation sanitaires, la participation citoyenne, l'harmonisation des normes et standards sanitaires ainsi que les procédures de gestion des ressources, d'audit, d'inspection, de contrôle de gestion,



de supervision intégrée, de monitoring et d'évaluation. Ces réformes seront suivies d'autres réformes spécifiques en fonction des besoins prioritaires liés aux exigences de l'environnement sanitaire en perpétuel mouvement aux niveaux national, régional et mondial.

1.6.1.2. Situation sanitaire générale

Le ratio de la mortalité maternelle est estimé à 650 pour 100 000 naissances vivantes contre 724 en 2012 (EDS 2012). Selon les différents EDS, de 1999 à 2018 le taux de mortalité néonatale est passé de 48‰ à 32‰, le taux de mortalité infanto juvénile de 177‰ à 111‰, et le taux de mortalité infantile de 98‰ à 67 ‰. Le niveau de ces indicateurs de mortalité maternelle, infantile et infanto juvénile reste encore très élevé par rapport aux pays à économie similaire. Sur le plan épidémiologique, les principales causes de la morbi-mortalité sont liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique, les maladies évitables par la vaccination. Selon l'EDS 2018 seulement 24 % des enfants de 12-23 mois avaient reçu toutes les vaccinations de base au moment de l'enquête et 15 % des enfants de moins de 5 ans ont eu au moins un épisode de diarrhée au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête. La même enquête indique que parmi les enfants de moins de 5 ans, 30 % souffrent d'un retard de croissance, 9 % sont émaciés ou sont atteints de malnutrition aiguë et 16 % présentent une insuffisance pondérale, 75 % des enfants âgés de 6 à 59 mois et 46 % des femmes âgées de 15 à 49 ans sont anémiés.

La prévalence du paludisme reste encore élevée même si elle a considérablement baissé ces dernières années passant de 44% chez les enfants en 2012 (EDS 2012) à 17% en 2021 (EIPAG 2021). Cette pathologie représente plus du 1/3 des consultations et des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques. Plus du 1/3 des causes de décès hospitaliers sont dues au paludisme grave qui représente la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Selon l'EDS 2018, le paludisme ou la fièvre constitue le motif le plus fréquent des consultations en soins ambulatoires (45 % chez les femmes et 54 % chez les hommes). De même, chez les enfants de moins de 5 ans, la majorité des consultations en soins ambulatoires sont dues au paludisme ou à la fièvre (56 %). Parmi les autres maladies transmissibles, 2% des enfants de moins de 5 ans avaient présenté des symptômes d'infection respiratoire aiguë.

Le VIH/SIDA demeure un problème de santé publique avec une prévalence de 1,7% en 2012. Selon l'EDS2018 la prévalence du VIH est estimée à 1,5 % parmi les personnes de 15-49 ans ; elle varie de 1,6 % parmi les femmes de 15-49 ans à 1,3 % parmi les hommes de 15-49 ans. Selon l'OMS, le taux d'incidence de la tuberculose en 2021 était estimé à 179 p. 100 000 habitants.

Les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d'importance. En 2011, 7% des décès hospitaliers étaient dus au diabète sucré et 7% à l'hypertension artérielle. Les résultats de l'EDS 2018 ont montré qu'un pourcentage non négligeable de personnes ont déclaré avoir été hospitalisé pour des problèmes d'hypertension/maladies du cœur (12 % des hommes contre 8 % des femmes) et à la suite d'accidents/blessures (8 % des hommes contre 3 % des femmes).

Les maladies tropicales négligées continuent également à sévir dans le pays notamment le trachome, la filariose lymphatique, la schistosomiase et les géo helminthiases, l'onchocercose, l'ulcère de Buruli et la lèpre en phase d'élimination (moins de 1 cas pour 10000 hbt).

Il faut aussi noter la survenue fréquente d'épidémies de choléra, de méningite, de rougeole et de fièvres hémorragiques. Une épidémie de maladie à virus Ebola est survenue en 2014 avec plus de 3000 décès. La pandémie de Covid19 sévit en Guinée depuis mars 2020, le pays a enregistré à la date du 11 aout 2022, 37 496 cas et 785 décès (Bulletin épidémiologique ANSS).

1.6.1.3. Déterminants de la santé

Le faible niveau d'instruction (45% d'hommes et 69% de femmes n'ont aucun niveau instruction) et le faible niveau de revenu ainsi que la persistance de tabous socioculturels favorisent la réticence aux changements de comportements favorables à la bonne santé des populations. La faible couverture en eau potable (75% en général et 65% en milieu rural), en installations sanitaires salubres (56% en général et 29% en milieu rural) et en habitats décents, ainsi que l'insuffisance d'hygiène individuelle et collective, la



pollution de l'environnement et les effets du changement climatique sont à la base des principaux facteurs de risque de nombreuses maladies transmissibles et non transmissibles.

Selon l'EDS 2018, 1% des femmes de 15-49 ans et 13 % chez les hommes déclarent consommés le tabac. La toxicomanie et l'alcoolisme sont à la base de certaines maladies mentales chez les adolescents et les jeunes ainsi que d'autres maladies non transmissibles. L'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP) 2012 indique que 55,2% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation fragilise une partie importante de la population dans un contexte où la protection contre le risque maladie est faible (2%, EDS 2018). L'état de santé de la population est déterminé par plusieurs facteurs universellement regroupés en quatre catégories ou déterminants majeurs de la santé à savoir : les caractéristiques démographiques et biologiques ; l'environnement physique et socio-économique ; les croyances, styles de vie, attitudes et comportements ; les systèmes et services de santé.

1.6.2. Description et organisation du système de santé

Le ministère de la Santé comprend trois niveaux dans sa structuration administrative :

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

1.6.2.1. Le système de santé public

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

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

- Le premier échelon de soins est représenté par les Centres et Postes de santé (CS/PS) qui constituent les structures sanitaires de base du système de santé.
- Le deuxième échelon de soins du district est l'hôpital préfectoral (HP) et les Centres Médicaux Communaux (CMC) de la ville de Conakry. Ces structures servent des niveaux de référence pour les formations sanitaires du district.

Le deuxième niveau est représenté par les Hôpitaux Régionaux (HR), Il sert de référence et de recours aux Hôpitaux Préfectoraux.

Le troisième niveau est constitué par les Hôpitaux Nationaux (HN) qui représente le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés.

En outre, les forces armées, les services de sécurité et la sante scolaire disposent des structures de prestations de soins : services de santé des armées et infirmeries de garnison, de police et de gendarmerie, infirmerie des écoles etc....

Dans les centres et postes de santé, le paquet de services est centré essentiellement sur la vaccination, la consultation primaire curative, la consultation prénatale, la planification familiale, l'accouchement assisté. Les activités liées à la PTME/CDV/PEC VIH, à la PCIMNE, à la Nutrition, au développement des SONUB sont très insuffisantes, voire inexistantes par endroit.

Le paquet de soins des hôpitaux préfectoraux couvre les spécialités de base que sont : la médecine générale, la chirurgie générale, la pédiatrie, la gynéco-obstétrique et les services médicotechniques.

Les hôpitaux régionaux offrent pratiquement le même paquet de prestations de soins que les hôpitaux préfectoraux. Les unités spécialisées de cardiologie, de diabétologie, de pneumologie, de neurologie et l'urologie, d'ORL, d'Ophthalmologie sont disponibles par endroit mais demandent à être développées.



Les hôpitaux nationaux offrent des prestations tertiaires réparties entre diverses spécialités et sont impliqués dans les activités de formation et de recherche.

1.6.2.2. Le système de santé privé

Le sous-secteur privé comprend d'une part les structures médicales et d'autre part les structures pharmaceutiques et biomédicales. Il est constitué d'un sous-secteur privé à but lucratif et non lucratif (ONG et confessions religieuses). La particularité du privé lucratif est qu'il est fortement dominé par les structures informelles, tenues pour la plupart par du personnel paramédical. Le secteur privé associatif et confessionnel représente une partie très importante de l'offre de soins particulièrement dans les villes. Son implication est fortement recherchée dans le but d'atteindre la couverture universelle notamment en ce qui concerne la prise en charge des cas de paludisme et la prévention du paludisme chez la femme enceinte et chez l'enfant. A ce jour, 110 de structures privées associatives sont intégrées à la lutte contre le paludisme. Le secteur minier regroupé au sein de la chambre des mines de Guinée dispose de 2 hôpitaux à Fria et Boké, de 5 centres médicaux à Siguiri, Dinguiraye, Sangaredi et Conakry (Simbaya, Hamdallaye). Un partenariat est établi depuis 2016 entre le PNLN et la Chambre des mines de Guinée pour renforcer la lutte contre le paludisme dans les entreprises minières.

Le sous-secteur privé pharmaceutique : Il est constitué par la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), les Unités de production de Médicaments Essentiels génériques 01, les Unités de production de médicaments à base de plantes médicinales 01, les dix sociétés grossistes répartiteurs, toutes basées à Conakry, 794 officines agréées dont 496 dans la capitale, 06 points de vente privés, 63 agences de promotion enregistrées (Etats généraux de la santé 2021).

Le secteur informel (vente illicite de médicaments, cliniques clandestines, prestataires clandestins ambulants etc.) s'est développé rapidement et de façon incontrôlée ces dernières années. Bien qu'il contribue à rendre disponible les services de santé, il met en péril la viabilité des structures officielles et la santé des populations. C'est pourquoi des mesures vigoureuses ont été prises en 2022 pour arrêter la prolifération anarchique de ce secteur (fermetures des cliniques clandestines et des points de ventes non autorisés des médicaments, interdiction de l'importation frauduleuse des médicaments, limitation des centrales d'achats des médicaments, ...).

Le système national de soins est organisé de manière pyramidale et comprend les sous-secteurs public, parapublic, privé et communautaire.

Au niveau du sous-secteur public, le pays compte :

- Au niveau primaire, 424 centres de santé et 925 postes de santé ;
- Au niveau secondaire, 26 Hôpitaux Préfectoraux, 8 Centres Médicaux Communaux et 7 hôpitaux régionaux ;
- Au niveau tertiaire 3 hôpitaux nationaux.

Le sous-secteur parapublic est composé de trois dispensaires et de quatre hôpitaux d'entreprises minières et agricoles. Le sous-secteur privé est constitué d'un sous-secteur privé à but lucratif et non lucratif (ONG et confessions religieuses).

Le privé lucratif se résume à 606 structures privée dont 110 intégré à la lutte contre le paludisme. Il existe une multitude de structures informelles, tenu pour la plupart par du personnel paramédical en cours de démantèlement par les autorités.

1.6.2.3. Le système de santé communautaire

La politique de santé communautaire prévoit deux types de ressources humaines : les Relais Communautaires (RECO) recruté au sein de la communauté et les Agents de Santé Communautaire (ASC) qui sont recruté par l'Etat pour assurer le suivi des interventions communautaires. La politique de santé communautaire définit un paquet intégré de prestations préventives, curatives et promotionnelles à mettre en œuvre au niveau communautaire. Cette politique prévoit un RECO pour 650 habitants et un ASC pour superviser 10 RECO. Grâce à l'appui des partenaires techniques et financiers, l'état a pu recruter et déployer



à ce jour 1064 ASC et 10615 RECO sur 214 communes du pays. Il existe un gap sur 148 communes non couvertes par la stratégie de la santé communautaire. Toutefois, le PNLP continue à mettre en œuvre les activités communautaires à travers 10 à 15 RECO déployés autour de chaque centre de santé du pays.

1.6.3. Ressources humaines pour la santé

Sur le plan des effectifs, selon l'annuaire statistique du MSHP de 2021 du personnel des secteurs public, l'effectif s'élève à 12785 agents de santé, répartis tels que :

- Les ATS (niveau secondaire) représentaient 36,3% de l'ensemble des personnels de santé public, soit une densité de 4 ATS pour 10.000 habitants en 2021 ;
- Les IDE représentaient 23% de l'ensemble des personnels de santé public, soit une densité de 2,2 infirmiers pour 10.000 habitants en 2021 ;
- Les SFE représentaient 11% de l'ensemble des personnels de santé public, soit une densité de 1,07 sage-femmes pour 10.000 habitants en 2021 ;
- Les techniciens de laboratoire représentaient 2,2% de l'ensemble des personnels de santé public, soit une densité de 0,21 techniciens de laboratoire pour 10.000 habitants en 2021 ;
- Les médecins (spécialistes et généralistes) représentaient 16% du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 1,8 médecin pour 10.000 habitants ;
- Les médecins (généralistes uniquement) représentaient 19,3 % de l'ensemble des personnels de santé public, soit une densité de 1,8 médecin généraliste pour 10.000 habitants en 2021 ;
- Les infirmiers, sage-femmes et médecins (généralistes) représentent donc 53% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 5,2 soignants pour 10.000 habitants en 2021.

Selon l'annuaire statistique du MSHP de 2021, la Guinée disposait de 2477 médecins (généralistes), 2991 infirmiers d'Etat, 1419 sage-femmes et 4653 agents techniques de santé (ATS) soit 0,9 agents de santé pour 1000 habitants (9 pour 10.000 habitants). Sur les 11540 personnels de santé, la majorité exerce à Conakry (2639) soit 22,8 %.

En ce qui concerne le genre, le recensement biométrique de 2014 montrait que sur 11527 personnels de santé, 51 % sont des femmes (5891) et 49% des hommes. En outre, on constate un vieillissement alarmant des personnels de santé avec 65 % (7549) qui ont au moins 45 ans, 33 % ont entre 30 et 44 ans et moins de 1% (133) ont entre 15 et 29 ans. Ce qui laisse présager un fort taux d'attrition dus aux départs à la retraite dans la prochaine décennie. L'analyse de la situation des RHS fait ressortir des problèmes majeurs de développement des RHS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En matière de planification des RHS, les principaux problèmes qui se dégagent sont : l'absence de vision et instruments stratégiques de planification, la faible opérationnalité de la structure en charge des RHS, l'absence de cadre de concertation et de coordination des acteurs, l'environnement général du pays durablement marqué par une situation économique, politique et sociale turbulente.

Sur le plan de la production des RHS, l'on note : faible capacité institutionnelle des établissements de formation et des institutions en charge du management de la formation, l'absence de politique et de plan national de formation au MS et au ministères en charge de la formation initiale des personnels de santé, l'absence de cadre de concertation entre les acteurs impliqués dans la production et le développement des RHS, la faible qualité de l'enseignement, la non adaptation des filières de formation aux besoins du système de santé et la production insuffisante de catégories de personnels manquants au système de santé et la surproduction de celles en excès ou moins pertinentes, absence de stratégie et mécanismes de mobilisation des financements privés et faible financement public au bénéfice des structures privées et publiques de formation, gestion discriminatoire de l'accès aux bourses de formation.

En matière de gestion des RHS, on enregistre les problèmes ci-après : faible capacité institutionnelle de gestion des RHS, absence de plan de carrière, l'absence de mesures incitatives et de motivation, recrutement aléatoire et souvent impertinent, distribution inéquitable du personnel, absence de système



d'information de gestion des RHS, absence de dispositif de gestion basée sur la performance, faiblesse des rémunérations des RHS, intégration hasardeuse des nouveaux fonctionnaires dans les services, mauvaise gestion des dossiers administratifs du personnel, gestion discriminatoire des mouvements du personnel et de la promotion administrative.

1.6.4. Médicaments et produits de santé

Les produits de santé sont régis par trois documents essentiels : la Politique Pharmaceutique Nationale, la Politique de Biologie Médicale et la Politique de Transfusion Sanguine. Les produits médicaux sont gérés dans un cadre de référence dénommé Politique Pharmaceutique Nationale (PPN). Cette politique pharmaceutique nationale élaborée en 1994 et révisée respectivement en 2007 et 2014 vise à améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'assurance qualité et l'usage rationnel du médicament. Sur le plan institutionnel, l'administration pharmaceutique est assurée au niveau central par une Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament et aux niveaux intermédiaires et périphériques par l'Inspection Régionale de la Pharmacie et du Laboratoire, les Sections Pharmacie et Laboratoires des DPS. Les autres organes et institutions d'appui sont : le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et la Commission Nationale du Médicament.

Sur le plan législatif et réglementaire, la Loi Pharmaceutique éditée en 1994 a été révisée et promulguée en 2018 dont les textes d'application sont élaborés et en cours de promulgation. En outre, il faut relever l'insuffisance de contrôle de l'exercice de la profession et le manque de sanctions par la non-dissémination des textes d'application. L'insuffisance de ressources affecte dangereusement la fonctionnalité des institutions de régulation du secteur pharmaceutique et la qualité des médicaments et dispositifs médicaux sur le marché. La faible évaluation des besoins en produits de santé, l'insuffisance des fonds alloués, la lenteur administrative dans les processus d'acquisition, la mauvaise gestion des ressources disponibles, la faible harmonisation des interventions rendent le sous-secteur pharmaceutique fragile.

Le secteur pharmaceutique est une composante essentielle du système national de santé. Il comprend les sous-secteurs public et privé. L'absence de préparateurs en pharmacie, l'absence de plan de formation continue, les difficultés d'application du plan de redéploiement et la faible motivation dans les structures publiques affectent sérieusement le fonctionnement de l'ensemble des structures pharmaceutiques. Enfin, il faut ajouter, pour tout le secteur pharmaceutique, l'insuffisance de suivi des indicateurs de performance constitue un frein au développement harmonieux du sous-secteur.

La biologie médicale est un outil efficace et indispensable de diagnostic, d'exploration et de thérapeutique dans le domaine de la médecine et des disciplines connexes. La Direction Nationale des Laboratoires est l'organe de tutelle des laboratoires de biologie médicale. Elle assure la conception et la mise en œuvre de la politique de biologie médicale, propose les avis d'autorisations d'ouverture des laboratoires privés et assure la supervision et le contrôle des activités. Les laboratoires qui interviennent dans le cadre de la biologie médicale sont organisés de façon pyramidale et sont le plus souvent intégrés dans les structures de soins qu'ils appuient. Les préoccupations majeures liées à ce sous-secteur sont principalement l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, le financement, et l'équipement des laboratoires dans les centres de santé. Malgré la lutte contre les cliniques et les laboratoires clandestins, il existe encore des laboratoires d'analyse biomédicale non agréés.

1.6.5. Financement pour la santé

Le budget du ministère de la Santé par rapport au Budget national est passé de 6,48% en 2018 à 7,62% en 2022. Selon les comptes nationaux 2019 les ménages constituent la principale et la plus constante source de financement de la santé en Guinée avec 59,2% de la dépense totale de santé sous forme de paiements directs. Les populations prennent en charge, à travers le système de recouvrement de coûts, une partie des coûts de fonctionnement des établissements de soins notamment le rachat des produits pharmaceutiques, la motivation du personnel, le fonctionnement de la chaîne de froid, les dépenses d'entretien et de maintenance et les outils de gestion. A cela s'ajoutent les dépenses, inconnues mais importantes, des ménages dans les structures privées de soins, les examens complémentaires et l'achat de médicaments.



Les collectivités locales n'ont pas un niveau de participation significatif au financement de la santé. Elles ont une part de financement relativement faible qui généralement se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel, même si on relève un engagement bénéfique pour le secteur en termes d'investissements (construction de centres de santé, postes de santé et points d'eau), soit à partir de leurs ressources propres soit en exploitant la filière de la coopération décentralisée (ANAFIC, FODEL) et les associations des ressortissants. Le privé, au titre du mécénat, mène des actions de santé timides. Dans ce domaine, le Ministère de la Santé et ses partenaires sectoriels ne profitent pas assez des opportunités de plus en plus disponibles avec le développement des investissements privés comme les secteurs miniers, la téléphonie, les banques, etc. Selon les comptes nationaux 2014-2019, le financement extérieur, a contribué en moyenne 15,2% dans les dépenses de santé, constituant ainsi une source très importante du financement de la santé. Le faible niveau de coordination au niveau des interventions des partenaires est à déplorer car ne contribuant pas à rationaliser l'utilisation des ressources et l'efficacité du système de santé. La coordination des intervenants dans le secteur, la communication et le dialogue avec les acteurs se posent avec acuité.

En résumé, les informations les plus récentes contenues dans les Comptes Nationaux de la Santé 2014-2019 indiquent que les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 59,2 % des dépenses, suivi du financement extérieur avec 15,2 % des dépenses de santé. La contribution de l'administration publique vient en deuxième position avec 32,7% de la dépense totale de santé en 2019. Sur la période 2014-2019, cette proportion est en moyenne de 29,75%.

1.6.6. Système National d'Information Sanitaire

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) permet de collecter les données nécessaires pour le Suivi/Evaluation de la situation sanitaire du pays. Il est composé de plusieurs sous-systèmes :

- **Le sous-système rapport de routine des services de santé** : il est basé sur les indicateurs de performance des différents services de santé et placé sous la responsabilité du Bureau de Stratégie et Développement (BSD). Ce sous-système collecte les données de morbidité, de mortalité, de prestations de service. Il est censé centraliser toutes les données provenant des autres sous-systèmes en vue de la production de l'annuaire statistique de santé.
- **Le sous-système d'information pour la surveillance épidémiologique** : il est basé sur l'identification et la notification des maladies sous surveillance et la riposte. Il est sous la responsabilité de la Direction Nationale de l'Epidémiologie de la Lutte contre la Maladie (DNELM) ;
- **Le sous-système d'information pour la gestion des programmes de santé** : il s'agit d'un système qui permet de collecter les données de gestion et de monitoring des programmes (Paludisme, Tuberculose, Lèpre, Sida, etc.). Il est placé sous la responsabilité des coordinations des programmes nationaux.
- **Le sous-système d'information pour l'administration et la gestion des ressources.** Ce sous-système administratif (personnel, équipement, médicament, infrastructure, maintenance) est sous la responsabilité de la Direction des affaires administratives et financières (DAF), Direction des Ressources Humaines (DRH), de la Direction Nationale de la Pharmacie et Médicaments (DNPM), de la Division Infrastructure, Equipement et Maintenance.

Les données collectées par ces sous-systèmes sont complétées par les enquêtes et études réalisées par différentes structures (Programmes, Institut National de Statistique, Universités, Centres de Recherches, ONGs, institutions internationales, ...). Les types d'informations collectées à travers les différents sous-systèmes sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3: Types d'informations collectées par les sous-systèmes du SNIS

Sous-système	Informations
Sous-système rapport de routine des services	Morbidité, Mortalité, PMA, PCA
Sous-système d'information pour la Surveillance Epidémiologique	Maladies à potentiel épidémique
Sous-système d'information pour la Gestion des Programmes de Santé	Santé reproductive, Paludisme, Tuberculose, etc.



Sous-système d'information pour l'Administration et la Gestion des Ressources	Médicaments, Personnel, Equipements, Infrastructures
Sous-système d'information des enquêtes périodiques	Enquêtes spécifiques EDS, MICS, SARA, les comptes nationaux
Sous-système d'information sur l'état civil (Communes et administration du territoire)	Naissances, Décès, etc...

Le schéma ci-dessous décrit le circuit de l'information du SNIS :

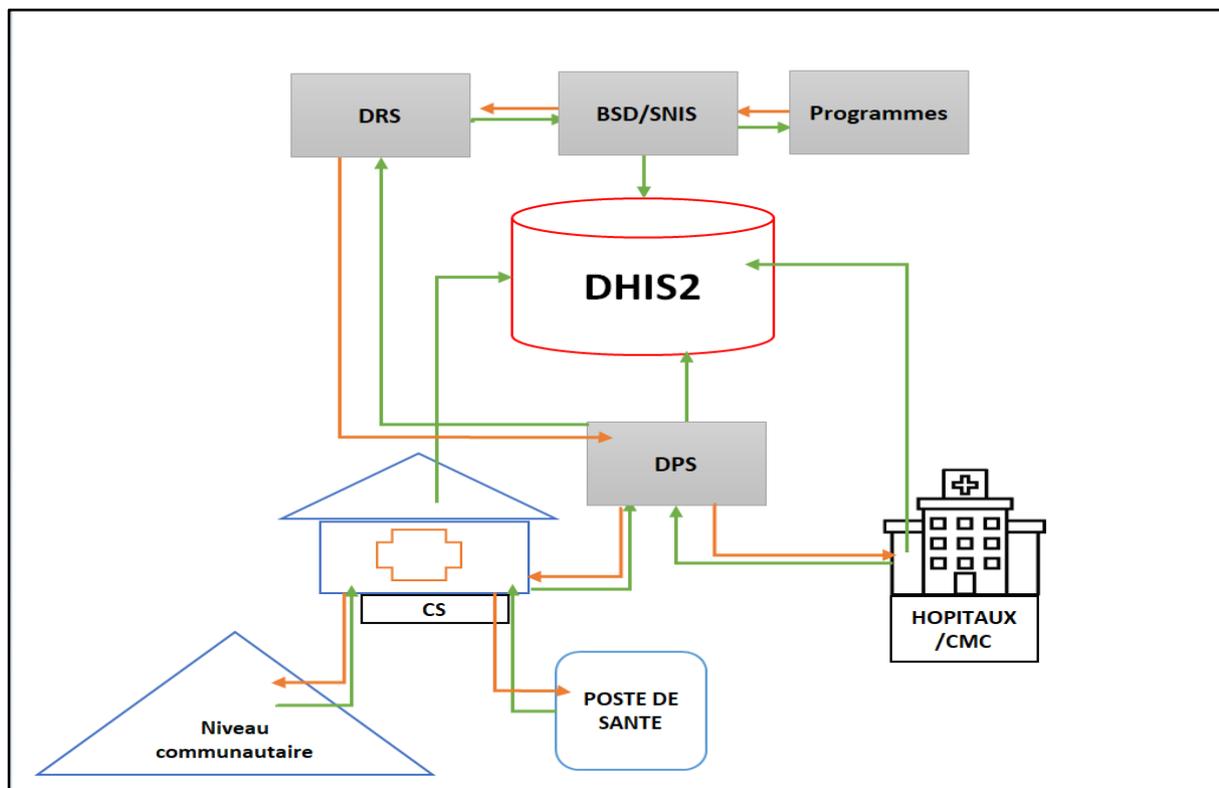


Figure 3 : Circuit de l'information du Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

1.7. Analyse des piliers du système de santé et Implication sur la lutte contre le paludisme

Les états généraux de la santé effectués en 2019 ont identifié les principaux problèmes du système de santé et proposer les solutions :

➤ **Offre de soins :**

Dans le domaine des prestations de service, l'analyse a révélé les problèmes suivants : (i) L'insuffisance de couverture du pays en santé communautaire, (ii) L'iniquité dans la répartition géographique des infrastructures sanitaires, (iii) La faible utilisation des structures sanitaires publiques, (iv) Le non-respect des textes règlementaires, (v) Le faible niveau de la qualité des prestations, (vi) Le faible niveau de satisfaction des usagers, (vii) L'insuffisance de transparence dans la gestion des structures sanitaires et (viii) Le faible niveau des indicateurs de santé.

Les principales approches de solutions pour le secteur de l'offre de soins portaient sur le Plaidoyer pour l'extension de la santé communautaire et la construction des structures sanitaires dans les zones enclavées, l'actualisation de la carte sanitaire, le renforcement des stratégies avancées au niveau CS, le respect des tarifs officiels et la gratuité des soins, le renforcement des supervisions internes et du monitoring, le respect des mesures d'hygiène et de PCI, le respect des textes règlementaires et la mise en place de cadre de concertation.



En ce qui concerne le secteur privé, l'analyse a permis de relever les problèmes ci-après : (i) L'insuffisance et l'inadaptation de la réglementation relative au sous-secteur privé, (ii) La faible capacité du ministère de la Santé dans l'encadrement, le suivi, l'évaluation, le contrôle et la mise en conformité des structures sanitaires privées et (iii) Le faible développement du partenariat public-privé.

Les principales solutions envisagées ont porté sur : la révision des textes législatifs et réglementaires, le recensement exhaustif des structures de soins privées, la supervision et le contrôle périodiques des structures privées, la subvention des structures privées offrant des prestations prioritaires gratuites de santé publique, l'intégration du sous-secteur privé médical dans le système national d'information sanitaire et dans les différents programmes de formation mis en œuvre par le Ministère de la santé.

➤ **Technologies médicales**

Les principaux problèmes identifiés dans le secteur public résument comme suit : (i) La faiblesse du plateau technique des structures publiques, (ii) L'absence de partenariat public privé (PPP), (iii) L'insuffisance de personnel qualifié (iv) La faible accessibilité financière aux examens.

Les approches de solution suivantes ont été proposées : Equiper les services en matériels de technologie médicale sur la base des besoins, promouvoir le partenariat public privé (PPP), Former des techniciens et des spécialistes pour les services de technologies médicales et Renforcer le système de protection sociale.

Dans le sous-secteur privé les Principaux problèmes sont les suivants : (i) L'absence de données fiables et actualisées de la cartographie nationale et de partenariat public privé (PPP), (ii) l'insuffisance de personnels qualifiés et (iii) la faible accessibilité financière aux examens.

Les solutions envisagées sont entre autres : l'établissement la cartographie des services, les inspections et audits, la promotion du partenariat public privé (PPP), la qualification du personnel dans le domaine technologie médicale, le renforcement de la collaboration avec les systèmes de protection sociale et des exonérations sur les équipements, réactifs et consommables ;

➤ **Secteur pharmaceutique et produits de Santé**

Suite à l'analyse de la situation, les problèmes prioritaires suivants ont été identifiés : (i) l'exercice illégal de la profession par les non pharmaciens et la vente illicite des médicaments, (ii) l'absence de contrôle systématique des médicaments à l'enregistrement, (iii) la faible disponibilité des produits de santé dans les structures sanitaires, (iv) Mauvaise répartition des structures pharmaceutiques privées (une officine pour 10000 habitants à Conakry contre une officine pour plus de 100 000 habitants à l'intérieur du pays), (v) Faible capacité technique, logistique, et financière de la PCG, (vi) l'absence de pharmacovigilance et d'hémovigilance, (vii) la circulation des produits contrefaits,

Les approches de solutions suivantes ont été préconisées : Mobilisation des ressources pour l'achat des produits de santé, Application de la loi pharmaceutique, renforcement du contrôle de qualité des produits de santé, renforcement des infrastructures et équipements de chaîne la chaîne logistique.

➤ **Ressources Humaines**

L'analyse de la situation montre que le ratio actuel est de 1 agent pour 1000 habitants contre la norme minimale de 2,5 pour 1000. Les principaux problèmes identifiés sont : (i) l'insuffisance des effectifs en Ressources Humaines, (ii) la faible fidélisation du personnel à leur poste de travail, (iii) la non-maitrise des effectifs du personnel de santé évoluant dans le secteur privé, (iv) l'inadéquation des programmes de formation aux besoins du marché de l'emploi, (v) la mauvaise organisation de la formation continue et du perfectionnement, (vi) le faible niveau de motivation du personnel de santé.

Les approches de solution suivantes ont été préconisée : Elaboration d'un Plan de Carrière et le suivi de son application, Renforcement de la collaboration entre la Direction Ressource Humaine et les ordres professionnels pour le suivi du personnel au niveau des structures privées, mise en place d'un cadre de concertation entre le Ministère de la Santé et les Ministères en charge de la formation initiale des personnels



de santé, mise en œuvre du plan stratégique de formation continue et de perfectionnement du personnel de santé.

➤ **Financement de la Santé**

Le financement du système de santé constitue un des principaux déterminants de la performance des services de santé. L'analyse classique du financement de la santé consiste à examiner la cohérence entre les capacités de mobilisation des ressources, la mise en commun des fonds et l'achat stratégique des prestations, afin de jeter les bases d'une politique fondée sur les principes d'équité, de solidarité et d'efficacité qui sont également les fondements d'une stratégie de lutte contre la pauvreté.

Les problèmes suivants ont été identifiés : (i) les dépenses de santé par habitant encore faibles, (ii) le poids excessif des dépenses de santé sur le budget des ménages, (iii) la non-coordination et intégration des différents guichets du financement, (iv) La multiplicité des points de perception, expression de la marchandisation des soins, (v) Le non-respect des tarifs entraîné, (vi) l'inefficacité dans l'utilisation des ressources publiques mobilisées, (vii) La fragmentation du financement, (viii) Le faible taux de décaissement du financement extérieur et (ix) l'absence de redevabilité.

Les approches de solutions sont les suivantes : Instituer des cadres spécifiques de concertation avec les acteurs du financement, Institutionnaliser des études et enquêtes périodiques sur le financement de la santé, Renforcer le système de comptabilité et Renforcer les mécanismes de redevabilité de l'aide publique au développement.

➤ **Système national d'information sanitaire et recherche**

L'analyse de la situation a montré les principales insuffisances : (i) Insuffisance de rétro information et de contrôle de qualité des données, (ii) faible capacité des ressources humaines pour l'analyse et l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision et (iii) Développement de sous-systèmes d'information y compris la surveillance épidémiologique et d'alerte précoce.

Les approches de solutions sont les suivantes : le renforcement du système de rétro information et de contrôle de qualité des données, la qualification des ressources humaines pour l'analyse et l'utilisation de l'information sanitaire et l'harmonisation des systèmes d'information.

➤ **Gouvernance et leadership**

L'analyse de la situation a montré les principales insuffisances : (i) Insuffisance du cadre législatif et réglementaire, (ii) Absence d'encadrement du prix des médicaments, (iii) Faible culture de redevabilité et de transparence, (iv) Organigramme et carte sanitaire non adaptés aux défis actuels du système de santé, (v) Capacités institutionnelles et de leaderships insuffisants, (vi) Partenariat public-privé insuffisant.

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

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

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



2. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

2.1. Historique de la lutte contre le paludisme

Les principales étapes et évènements ayant marqué la lutte contre le paludisme en Guinée se résument comme suit :

1970 : Elaboration d'un document de politique de lutte contre le paludisme orienté vers le mouvement mondial d'éradication du paludisme qui s'articulait sur l'administration de la chloroquine et la pulvérisation d'insecticides. Plus tard, c'est la création d'un projet de lutte contre le paludisme et la mise en place d'un laboratoire central dont la fonction essentielle était de former les techniciens de laboratoire et les entomologistes. A l'image des autres pays, la mise en œuvre de la lutte antivectorielle n'a pas permis l'objectif ambitieux de l'éradication du paludisme.

1975 : Avec l'appui de l'OMS, mise en place des zones d'application dans les localités de Bentourayah et de Béréiré dans les districts sanitaires de Coyah et de Forécariah à des fins d'études entomologiques et parasitologiques qui ont permis d'identifier et de cartographier les vecteurs et les parasites du paludisme.

1987 : création et mise en œuvre d'un projet intégré de lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance, CCCD (maladies évitables par la vaccination, diarrhée et paludisme) dans les districts sanitaires de Conakry, Kindia et Téliélé.

1987 : Lancement du PEV/SSP/ME dont les interventions essentielles ont contribué au renforcement du système de santé permettant ainsi de mettre à échelle la prise en charge des cas de paludisme, la prophylaxie à la chloroquine chez la femme enceinte et l'assainissement.

2001 : Elaboration de la politique nationale de lutte contre le paludisme suite aux recommandations du Sommet d'Abuja de 2000 et du plan stratégique de 1ère génération (2001-2005) visant l'atteinte des objectifs d'Abuja (réduction de 50% de la morbidité et mortalité des enfants de moins de 5 ans). La faiblesse du système de santé, les difficultés de mise en œuvre et la faiblesse de financement malgré l'obtention de la première subvention du Fonds Mondial (R2 en 2003) n'ont pas permis d'atteindre l'objectif fixé.

2003 : Réorganisation de l'organigramme du ministère de la Santé qui a abouti à la création du programme national de lutte contre le paludisme suivant l'Arrêté N° A/2003/7482/MSP/SGG du 7 octobre 2003.

2005 : Suite à l'apparition et l'extension de la chloroquinorésistance, révision de la politique et adoption des CTA pour le traitement des cas simples et du TPI à la SP pour la prévention chez la femme enceinte. Elaboration du plan stratégique de 2ème génération (2006-2010) : le pays a souscrit à la Déclaration d'Abuja de 2006 sur l'accès universel aux soins/services sociaux de base. Obtention de la deuxième subvention du Fonds mondial (R6) pour le financement de la mise à échelle des CTA, des TDR et des MILDA.

2008 : Révision et adoption du document de politique nationale de lutte contre le Paludisme et mise en place des CTA dans les formations sanitaires publiques

2009 : organisation de la première campagne de distribution de masse des MILDA intégrée à la vaccination contre la rougeole et distribution de Vitamine A. La mise en œuvre du plan stratégique 2006- 2010 a permis la mise à échelle des CTA et du TPI mais les difficultés rencontrées n'ont pas permis d'introduire les TDR et la distribution de routine des MILDA.

2010 : Obtention de la troisième subvention du Fonds Mondial (R10), qui a été consolidé en 2013 avec la subvention du NFM.

2012-2013 : Avec l'appui de l'OMS et de RBM, le pays a organisé la première Revue de Performance du Programme qui a abouti à l'élaboration du Plan Stratégique National de 3ème génération 2013-2017. Le fait marquant de cette période a été l'obtention des financements de l'Initiative Présidentielle américaine (PMI) et de la Banque Islamique de Développement (BID) qui ont permis de dynamiser la lutte contre le



paludisme notamment par la mise à disposition des intrants (CTA, TDR, MILDA) et le renforcement de capacité des acteurs.

2013-2017 : La mise en œuvre du Plan Stratégique National 2013-2017 avec l'appui technique et financier des partenaires (Fonds Mondial, PMI, BID, UNITAID, RBM, OMS...) a permis la mise à échelle des interventions de lutte jusqu'au niveau communautaire notamment : le diagnostic biologique (TDR, Microscopie), la prise en charge des cas simples par les CTA et des cas graves par les dérivés de l'Artémisinine, l'organisation de deux campagnes nationales de distribution de masse des MILDA (2013 et 2016), la distribution des MILDA en routine lors des CPN et de la vaccination, le renforcement du TPI et la mise en œuvre de trois campagnes de Chimio-prévention du paludisme saisonnier dans 10 districts sanitaires. Durant cette période le pays a fait un bond en avant dans le combat contre le paludisme avec une baisse significative de la prévalence allant de 44% en 2013 à 15% en 2016.

2018-2022 : Poursuite de la mise en œuvre des interventions à haut impact à travers le Plan Stratégique National 2018-2022 avec l'appui technique et financier des partenaires (Fonds Mondial, PMI, Banque Mondiale, RBM, OMS, GIZ...). Cette période a été marquée par l'impact négatif de la pandémie COVID19. En dépit de cette endémie le Programme a réussi à maintenir un haut niveau de mise en œuvre des interventions: le diagnostic biologique (TDR, Microscopie), le traitement des cas simples par les CTA et des cas graves par les dérivés de l'Artémisinine, l'organisation de deux campagnes nationales de distribution de masse des MILDA (2019 et 2022), la distribution des MILDA en routine lors des CPN et de la vaccination, le renforcement du TPI et la mise en œuvre de cinq campagnes de Chimio-prévention du paludisme saisonnier dans 17 districts sanitaires. Cette période a été également marquée par la prise en compte du renforcement du système de santé dans les financements du PNL (SNIS, Santé communautaire, GAS, ressources humaines...), l'augmentation de la contribution de l'Etat (achat de MILDA) et une augmentation notable de la contribution des partenaires (Fonds Mondial, PMI). Durant cette période le Programme a intégré 110 formations sanitaires privées et associatives dans la lutte contre le paludisme permettant d'améliorer l'accessibilité des populations aux soins. Malgré les contraintes (pandémie COVID19, troubles sociopolitiques) la tendance à la baisse de la prévalence enregistrée avec le plan stratégique 2013-2017 (de 44% en 2012 à 15% en 2016) a pu être maintenue (17% EIPAG 2021).

2.2. Profil national du paludisme

Le paludisme sévit en Guinée à l'état d'endémie stable à recrudescence saisonnière dans l'ensemble des régions du pays. Dans la bande nord frontalière avec le Sénégal et le Mali, allant de la préfecture de Gaoual en Moyenne Guinée à celle de Mandiana en Haute Guinée, la pluviométrie dure environ 4 mois avec une transmission saisonnière du paludisme de juin à septembre. La forte pluviométrie, la densité du réseau hydrographique, les aménagements hydroagricoles, les cultures agricoles péri domicilières et les risques d'inondations sont autant de facteurs qui favorisent la prolifération des vecteurs du paludisme. S'agissant des milieux urbains notamment la ville de Conakry, malgré la forte pluviométrie la transmission du paludisme est plus faible à cause de l'écosystème peu favorable au développement des vecteurs.

2.2.1. Parasites du paludisme

Sur la base des études effectuées précédemment jusqu'en 2012, la répartition des espèces montrait que le *Plasmodium falciparum* (98%) était l'espèce dominante. Les autres espèces rencontrées sont *Plasmodium malariae* 1,5% et *Plasmodium ovale* 0,5%. Le rapport de contrôle de qualité externe des lames de l'EDS 2012 a donné les résultats ci-après :

- *Plasmodium falciparum* 91.7% ;
- *Plasmodium malariae* 3,3% ;
- *Plasmodium ovale* 0,13%.
- *Plasmodium falciparum*+ *Plasmodium malariae* : 4.7 %
- *Plasmodium falciparum*+ *Plasmodium ovale* : 0.13 %

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



2.2.2. Vecteurs du paludisme

Selon les données disponibles, le vecteur principal du paludisme est *Anophèles gambiae s.l.* Il est rencontré sur toute l'étendue du pays avec des densités variant selon les écosystèmes et les saisons. Des pics sont enregistrés en saison pluvieuse. Le complexe *Anophèles gambiae* est composé de *Anophèles gambiae s.s.*, *Anophèles coluzzii*, *Anophèles arabiensis* et *Anophèles melas* sur le littoral maritime et les zones de mangrove. Le complexe *Anophèles funestus* est présent également, mais paraît être moins nombreux que le complexe *Anophèles gambiae* dans les études publiées jusqu'à présent. Peu d'études ont été réalisées à ce jour pour déterminer la composition du complexe *Anophèles funestus*⁶.

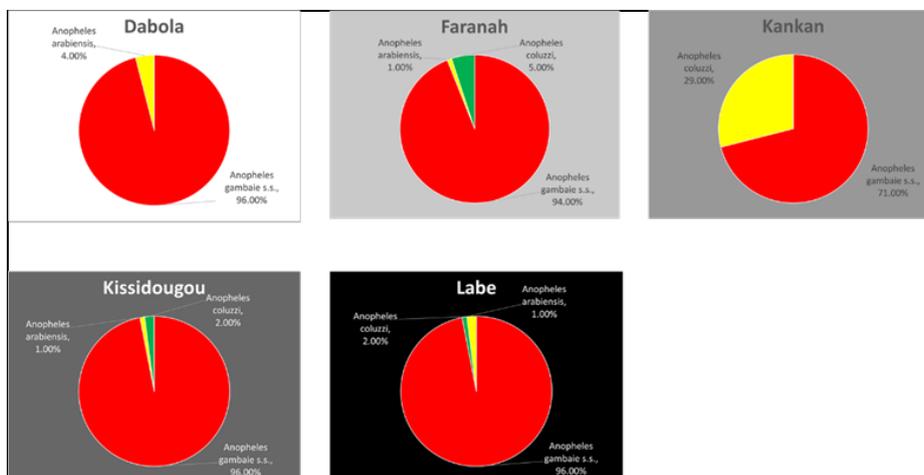


Figure 4 : Distribution des vecteurs du paludisme dans 5 préfectures de la Guinée, 2017

2.2.3. Surveillance entomologique et sensibilité des vecteurs aux insecticides

Le PNLP a procédé à la mise en place progressive des sites sentinelles intégrés dans les quatre régions naturelles. Ces sites permettront de veiller sur l'évolution de la résistance des moustiques aux insecticides, poursuivre les études sur les vecteurs et les insecticides, assurer la surveillance épidémiologique et déployer certaines stratégies novatrices en matière de prise en charge, de communication et de la gestion des médicaments. Les sites sentinelles ont été renforcés en ressources humaines, matériels et consommables de laboratoires et sont suivis régulièrement. En outre à la fin du projet Stop palu+, le projet Vectorlink fait le suivi entomologique dans les sites de Forécariah, Boffa, Dabola, Faranah, Kissidougou, Kankan et Labé. Au cours de cette activité les données sur la densité, la composition spécifique, la distribution des vecteurs sont collectées. L'identification et la collecte des larves dans les gîtes permettent de faire l'élevage dont les émergences servent à la réalisation des tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides. Des missions d'investigation entomologique et épidémiologique ont été organisées dans les districts de Dabola et Dalaba en 2016, Nzérékoré et Macenta en 2017, Conakry et Dubreka en 2018. La planification a prévu que chaque trimestre cette activité soit organisée dans les districts lorsque le Programme constate une augmentation des cas de paludisme. Il s'agit d'une caractérisation de l'épidémiologie et l'entomologie locale du paludisme. Des actions concrètes sont prises en fonction des problèmes identifiés et en relation avec les autorités locales. Dans les localités visitées, les constats ci-après ont été faits : Le taux de possession et d'utilisation de moustiquaires était élevé, et même plus élevé dans les zones ciblées que la zone témoin. Même avec une bonne utilisation de moustiquaires, les enquêtes entomologiques ont indiqué que le nombre

6

[1] Coulibaly, B., Kone, R., Barry, M.S. et al. Malaria vector populations across ecological zones in Guinea Conakry and Mali, West Africa. *Malar J* 15, 191 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12936-016-1242-5>. (2). Camara A, Guilavogui T, Keita K, et al. Rapid Epidemiological and Entomological Survey for Validation of Reported Indicators and Characterization of Local Malaria Transmission in Guinea, 2017. *Am J Trop Med Hyg*. 2018 ;99(5) :1134-1144. Doi :10.4269/ajtmh.18-0479. (3) K. Keita, D. Camara, Y. Barry, R. Ossé, L. Wang, M. Sylla, D. Miller, L. Leite, P. Schopp, G. G. Lawrence, M. Akogbeto, E. M. Dotson, T. Guilavogui, M. Keita, S. R. Irish, Species Identification and Resistance Status of *Anopheles gambiae* s.l. (Diptera: Culicidae) Mosquitoes in Guinea, *Journal of Medical Entomology*, Volume 54, Issue 3, May 2017, Pages 677–681, <https://doi.org/10.1093/jme/tjw228>



de moustiques (en grande majorité les *Anophèles gambiae* s.l.) présent dans les villages limités la protection que peut donner une moustiquaire. En effet, il y a une forte agressivité des

Au cours des études de sensibilité, les insecticides de différentes classes (sauf les organochlorés) ont été testés, à savoir la deltaméthrine, la perméthrine, le pirimiphos-méthyl lambda-cyhalothrine, alpha-cyperméthrine et propoxur. En 2017, les résultats ont montré la résistance dans tous les sites à la perméthrine, où le taux de mortalité des moustiques après exposition est inférieur à 90%. *Anophèles gambiae* s.l. était aussi résistant à alpha cyperméthrine dans tous les sites sauf dans la préfecture de Boko où la résistance à l'alpha-cyperméthrine était suspectée. Une possible résistance à la deltaméthrine a été observé en 2020 dans la préfecture de Faranah où le taux de mortalité était de 96%. En 2021, le test OMS de sensibilité a indiqué une résistance à tous les pyréthrinoïdes testés (deltaméthrine, perméthrine, alpha-cyperméthrine) dans les préfectures de Faranah, Kissidougou et Boké. La mortalité pour la deltaméthrine varie entre 18% à Faranah et 49% à Kissidougou. Pour alpha-cyperméthrine de 21% à Faranah à 50% à Kissidougou. La préexposition des moustiques au PBO a augmenté la mortalité à la deltaméthrine de 49% à 85% à Kissidougou et de 34% à 89% à Boké. La préexposition au PBO a aussi augmenté la mortalité à la perméthrine de 25% à 87% à Boké ce qui indique que la résistance métabolique est partiellement impliquée dans la résistance observée. Une progression du niveau de résistance est observée au fil des années. La carte décrit le niveau de résistance des vecteurs par site étudié en 2017 et le tableau ci-dessous les résultats du test de sensibilité OMS en 2021.

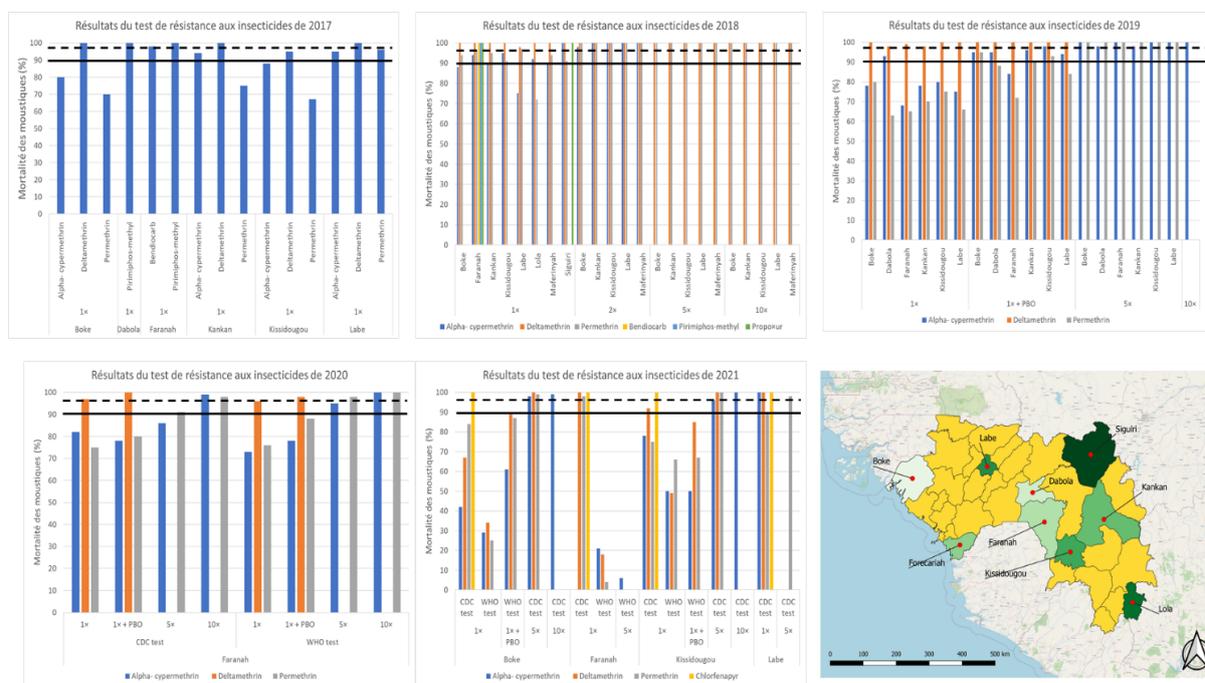


Figure 5 : Situation de la résistance des vecteurs en Guinée de 2017 - 2021

— Résistance (<90 % de mortalité) Sous la ligne continue - - - Sensible (≥ 98 % de mortalité) Au-dessus de la ligne brisée Résistance potentielle (mortalité de 90 à 97 %) Entre les lignes continue et les lignes brisées

Tableau 4 : Résultat de test OMS de sensibilité de vecteur en Guinée 2021 (pourcentage de mortalité)

Insecticides	Dose	Faranah	Kissidougou	Boké
Alpha-cyperméthrine	1×	21	50	29
Deltaméthrine	1×	18	49	34
Permethrine	1×	4	66	25



Alpha-cyperméthrine	PBO + 1x	ND	50	61
Deltaméthrine	PBO + 1x	ND	85	89
Permethrine	PBO + 1x	ND	67	87
Alpha-cyperméthrine	5x	6	ND	ND

2.2.4. Dynamique de la transmission du Paludisme

En Guinée, la transmission du paludisme est élevée toute l'année et l'ensemble des régions sanitaires sont endémique du paludisme. Les tendances des cas de paludisme sont généralement saisonnières et dépendent fortement du régime des pluies. Lorsqu'on compare les tendances des cas et des précipitations, il apparaît que le pic des cas est plus long que celui des précipitations.

Le graphique ci-dessous illustre la tendance des cas de paludisme rapporté par les formations sanitaires. On constate une augmentation progressive des cas au fil du temps qui pourrait s'expliquer par l'amélioration de la capacité diagnostique au niveau des formations sanitaire et au niveau communautaire (source DHIS2).

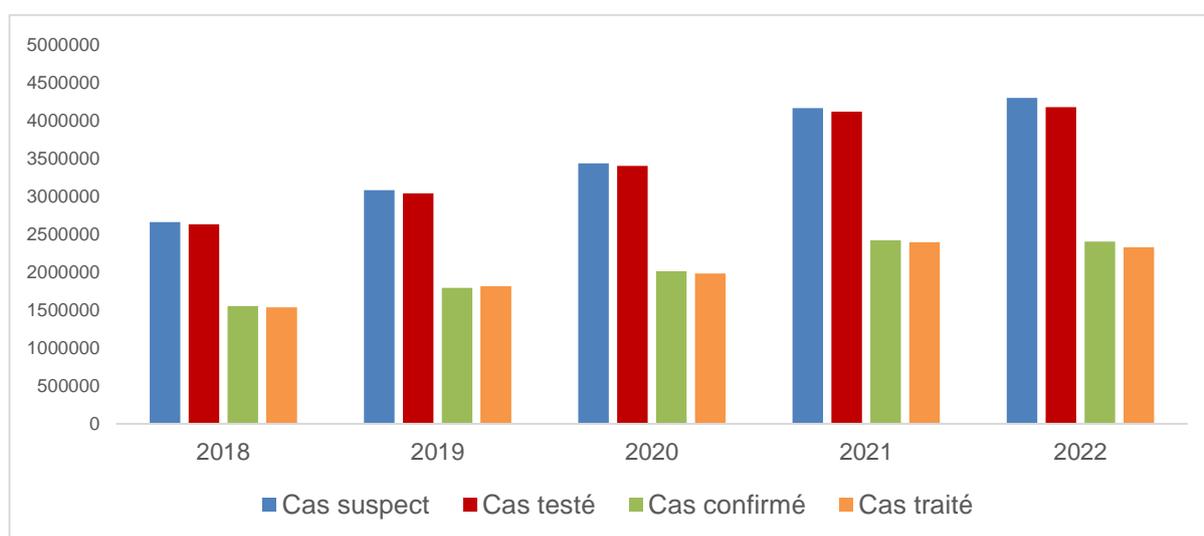


Figure 6 : Tendance de la distribution des cas de paludisme 2018 – 2022

2.2.5. Endémicité et stratification du paludisme

➤ Endémicité

Le tableau 3 montre une augmentation de l'incidence du paludisme, une stabilité du taux de positivité des tests diagnostic et une baisse notable des cas de décès. L'incidence du paludisme est passée de 140 en 2018 à 204 2021 pour 1000 hbts. Cette augmentation de l'incidence s'explique par l'amélioration de l'accès aux services du paludisme (prise en charge communautaire, intégration des formations sanitaires privées) et du rapportage des données (DHIS2).

Tableau 5 : Tendance des indicateurs épidémiologiques de lutte contre le paludisme 2018 – 2022

Année	Incidence / 1000 hbts	Taux de positivité	Décès
2018	140	59,09%	2369
2019	153	58,32%	1696
2020	164	59,14%	1035



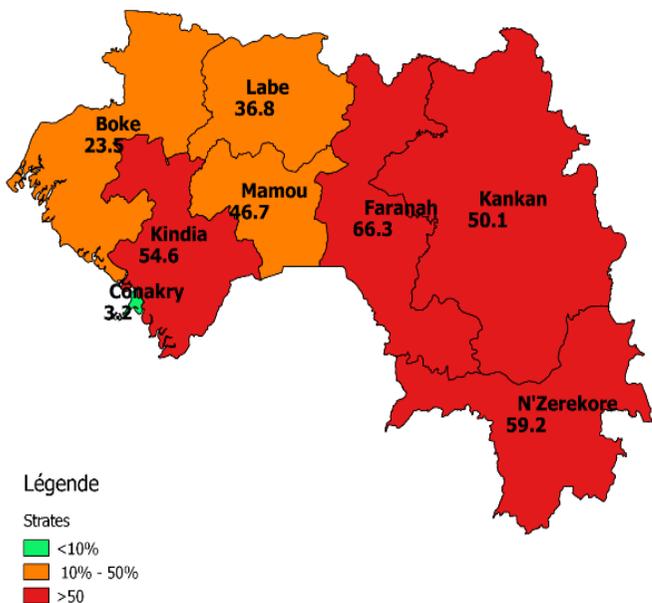
2021	204	58,89%	1029
2022	181	57,60%	1371

Source : DHIS2 – SNIS MSHP

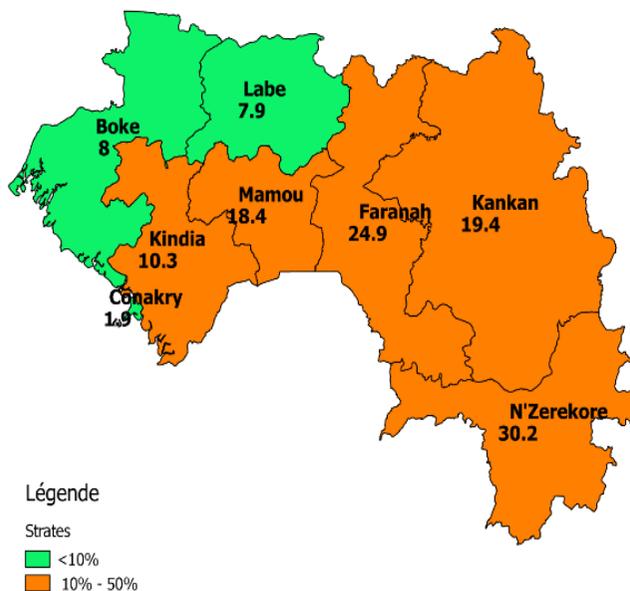
Selon l’EDS 2012 et l’EIPAG 2021, la prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 – 59 mois est passée de 44% à 17 % au niveau national. Les cartes ci-dessous indiquent les changements enregistrés dans la prévalence parasitaire de 2012 – 2021 par région (voire fig. 7).



EVOLUTION DES NIVEAUX D'ENDEMICITE PAR REGION : 2012



EVOLUTION DES NIVEAUX D'ENDEMICITE PAR REGION : 2016



EVOLUTION DES NIVEAU D'ENDEMICITE PAR REGION : 2021

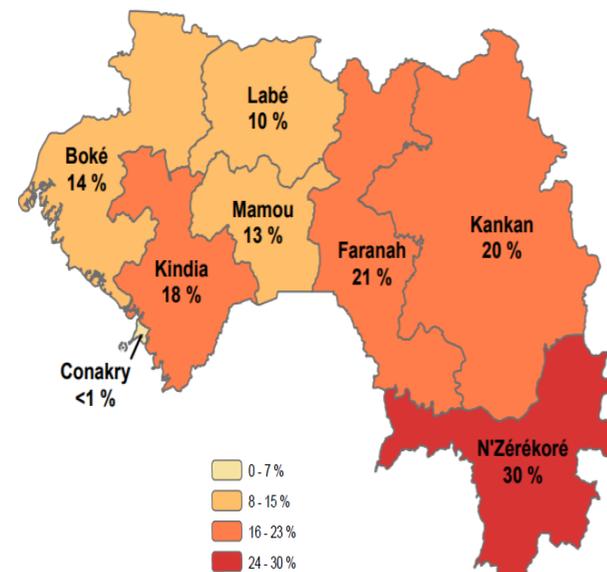


Figure 7 : Evolution de la prévalence parasitaire du Paludisme chez les enfants de moins de 5 ans par région administrative, 2012 – 2021 (EDS 2012, MICS 2016, EIPAG 2021)



➤ **Stratification du paludisme :**

L'exercice de la mise à jour de la stratification a été faite sur la base de l'incidence annuelle parasitaire et de la prévalence parasitaire.

• **Stratification basée sur l'incidence annuelle parasitaire**

Le tableau ci-dessous présente la stratification du paludisme sur la base des cas notifiés dans la DHIS2 en 2021. En examinant le tableau, on note une répartition des districts sanitaires en 4 strates de transmission : Strate 1 = 1 DS ; Strate 2 = 10 DS ; Strate 3 = 22 DS et Strate 4 = 4 DS.

Tableau 6 : Stratification et populations à risque de paludisme par strate épidémiologique, 2021

Strates	Incidence annuelle du paludisme en 2021	Nombre et Liste des districts en fonction du niveau de transmission	Taux moyen de positivité des tests diagnostic par niveau de transmission en 2021	Population et % par strate en 2021	% population par strate
I = Transmission forte	>450 cas pour 1000 hab.	Boké	59,7	261 085	3,2
II = Transmission modérée	250-450 cas pour 1000 hab.	Boffa, Forécariah, Fria, Kaloum, Kindia, Koundara, Kouroussa, Kérouané, Mandiana, Yomou	66,2	2 592 101	20,5
III = Transmission faible	100-250- cas pour 1000 hab.	Beyla, Coyah, Dabola, Dalaba, Dinguiraye, Dubréka, Faranah, Gaoual, Guéckédou, Kankan, Kissidougou, Koubia, Labé, Lola, Lélouma, Macenta, Mamou, Nzérékoré, Pita, Siguiri, Tougué, Téliélé.	60,3	7 446 224	59,1
IV = Transmission très faible	<100 cas pour 1000 hab.	Dixinn, Mali, Matam, Matoto, Ratoma	32,1	2 316 367	18,3
Pays	204 cas pour 1000 hab.	38 districts	59,8	12 615 777	100

• **Stratification basée sur la prévalence parasitaire**

En examinant l'évolution de la prévalence parasitaire entre 2012 et 2021, le pays est passé des 3 strates de transmission en 2012 (Haute, Modérée et faible) à 2 strates (Modérée et faible). Ceci traduit les progrès enregistrés dans la réduction du fardeau de la maladie ces dernières années.



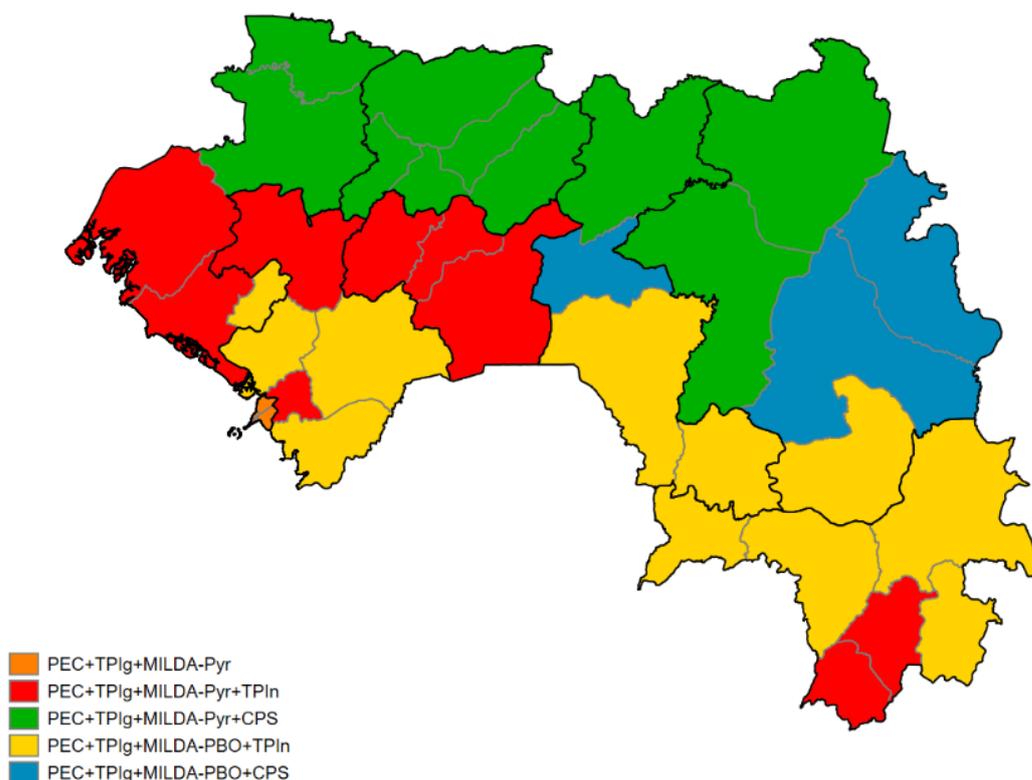
Tableau 7 : Changements de niveau d'endémicité entre 2012 et 2021 selon la prévalence parasitaire

Strates	EDS 2012		MICS PALU 2016		EIPAG 2021		Niveau de réduction/augmentation 2016-2021 (Valeur absolue)	Niveau de réduction/augmentation 2016-2021 (%)
	Régions	Prévalence parasitaire	Régions	Prévalence parasitaire	Région	Prévalence parasitaire		
Strate 1 : Haute transmission (PP > 50%)	Faranah,	66,3						
	Kankan	50,1						
	Kindia,	54,6						
	Nzérékoré,	59,2						
Strate 2 Transmission modérée (PP 10-50%)	Mamou,	46,7	Mamou	18,4	Mamou	13,2	5,2	28%
	Labé,	36,8	Faranah	24,9	Faranah	21,4	3,5	14%
	Boké	23,5	Kankan	19,4	Kankan	19,2	0,2	1%
			Kindia	10,3	Kindia	18,2	7,9	77%
			Nzérékoré,	30,2	Nzérékoré	30,3	0,1	0%
					Boké	13,8	5,8	73%
Strate 3 Transmission Faible (PP < 10%)	Conakry	3,2	Conakry	1,9	Conakry	0,4	1,5	40%
			Labé	7,9	Labé	9,8	1,9	24%
			Boké	8				
Pays	43,9		15,3		17,4		2,1	14%



➤ **Stratification basée sur la modélisation mathématique avec avec ciblage d'interventions mixtes par DS**

Cette stratification a été réalisée avec l'appui des partenaires en 2020 sur la base du ciblage des interventions et de résultats de modèles mathématiques. L'analyse de la stratification prenant en compte divers paramètres (épidémiologie, entomologie, accès aux services, environnement, type d'intervention) a permis le ciblage des interventions mixtes au niveau des districts éligibles. Ces interventions mixtes pourraient avoir un impact supplémentaire sur l'endémicité du paludisme : MILDA-PBO, TPIIn, CPS, Vaccination. La figure ci-dessous présente les interventions mixtes résultantes de la stratification.



2.3. Performance du Programme de lutte contre le paludisme

Tableau 8 : Performance de la mise en œuvre des activités 2018-2022

RESUME DE LA PERFORMANCE PAR BUT		Performance physique %	Performance ajustée %
But	Performance technique de la mise en œuvre du PSN	73	60
RESUME DE LA PERFORMANCE PAR OBJECTIF			
Objectif 1	Assurer la protection d'au moins 80 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme	62	51
Objectif 2	Assurer une prise en charge correcte et précoce d'au moins 90% des cas de paludisme	79	66
Objectif 3	Renforcer les capacités de gestion, de partenariat, de coordination, de communication et de SE du Programme à tous les niveaux	78	62



Le niveau de réalisation des activités sur l'ensemble de la période du PSN est assez appréciable. Sur un total de 725 activités prévues, 535 ont été réalisées soit un taux brut de 73%. Après prise en compte de la qualité de la mise en œuvre, le programme a obtenu un taux ajusté de 60%.

Pour l'objectif 1, sur 164 activités prévues 108 ont été réalisées soit un taux d'exécution de 62% et un taux ajusté de 51%. Ces taux relativement faibles ont été fortement influencés par la non-réalisation des activités de PID (0%) et de lutte antilarvaire (21%). La distribution des MILDA (campagne 80%, routine 100%) et les interventions spécifiques (TPIg 69% et CPS 92%) ont connu des taux de réalisation très appréciables.

Pour l'Objectif 2, Soixante-dix-neuf pour cent (79%) des activités prévues ont été réalisées (74/91) avec un taux d'ajustement de 66%. Il faut remarquer que ce PSN 2018-2022 a connu une très forte progression des activités de prise en charge communautaire avec un taux brut de réalisation 90 % et un taux ajusté de 74%.

Pour l'objectif 3, sur 470 activités planifiées 353 ont été réalisées avec un taux de réalisation de 78% et un taux ajusté de 62%. Les taux de réalisation des stratégies varient de 59% pour l'IEC à 91 % pour la gestion des achats et des stocks avec des taux ajustés allant de 47% et 77% respectivement.

Le tableau ci-après présente les résultats obtenus par intervention.

Tableau 9 : Performance de mise en œuvre des activités par stratégie/intervention

Stratégie/intervention	Nombre d'activités planifiées (2018-2022)	Nombre d'activités réalisées (2018-2022)	Performance physique brute de la mise en œuvre	Performance physique corrigée la mise en œuvre
Multiples Mesures de Prévention du Paludisme				
Lutte Anti vectorielle	88	39	45%	32%
Interventions spécifiques	76	69	80%	69%
Prise en charge des cas				
Prise en charge communautaire	25	23	90%	74%
Prise en charge dans les formations sanitaires	66	51	67%	59%
Gestion du Programme				
Gestion de Programme	133	105	74%	60%
Gestion des achats et de stocks	128	100	91%	77%
Plaidoyer, communication et mobilisation sociale				
Information, communication et éducation	111	62	59%	47%
Surveillance, Suivi et Evaluation et Recherche Opérationnelle				
Suivi – Evaluation, Surveillance et Recherche	98	86	89%	62%
Performance technique de la mise en œuvre du PSN	725	535	73%	60%



2.4. Financement de la lutte contre le paludisme

2.4.1. Stratégie Mobilisation de ressources pour la lutte antipaludique.

La stratégie de mobilisation des ressources est basée sur le pladoyer du PNLP au niveau de la Direction Nationale de la Lutte contre la Maladie et auprès du Ministère dans le but d'accroître la contribution de l'état. Le PNLP a créé un service de partenariat qui est chargé de mobiliser les ressources complémentaires auprès des partenaires techniques et Financiers internes et externes.

2.4.2. Analyse du paysage du financement du paludisme

➤ Ressources mobilisées et des dépenses

Tableau 10 : Tendances annuelles de la mobilisation des ressources durant le PSN 2018 - 2022

Items	Année					Total
	2018	2019	2020	2021	2022	
Budget total du PSN par an (a)	56 792 547	76 802 138	53 624 208	49 722 885	94 270 592	331 212 370
Budget total alloué par an (b)	36 791 618	67 913 807	44 632 898	43 478 264	67 388 627	260 205 213
Ecart financier par an (c)	20 000 929	8 888 331	8 991 311	6 244 621	26 881 964	71 007 157
% Ecart financier par an (c/a)	35%	12%	17%	13%	29%	21%
Dépenses totales par an (d)	29 194 225	67 596 524	33 290 423	37 749 571	69 744 830	237 575 573
Taux d'absorption du budget alloué par an (d/b)	79%	100%	75%	87%	103%	91%

Source : SAF PNLP ET PARTENAIRE

➤ Paysage financier du paludisme par source de financement

Tableau 11 : Evolution de la contribution du Gouvernement et des partenaires par année (2018 – 2022)

Sources de financement	Année (USD)					Total
	2018	2019	2020	2021	2022	
Gouvernement Guinéen	6 462 003	8 000 470	3 890 000	7 435 674	7 962 947	33 751 093
OMS	132 500	132 500	132 500	230 000	185 000	812 500
FM	10 840 166	26 381 523	20 831 124	15 279 907	35 327 716	108 660 435
PMI/USAID	15 000 000	15 000 000	15 000 000	16 000 000	15 000 000	76 000 000
BM (OMVS, PASA)	940 526	2 301 525	600 000	600 000	0	4 442 051
UNICEF	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	1 500 000
Plan International	425 000	425 000	425 000	425 000	425 000	2 125 000



ChildFund	0	0	0	7 211	2 723	9 934
CRS	0	2 529 430	479 092	0	308 880	3 317 402
MSF	2 691 424	3 243 359	2 963 614	2 963 614	1 481 807	13 343 818
AMF	0	9 600 000	0	0	6 191 100	15 791 100
ALMA	0	0	0	65 132	27 652	92 784
Coopération Coréenne KOICA (SMC IMPACT)	0	0	11 568	171 726	178 525	361 819
RBM	0	0	10 379	15 015	15 015	40 409
OPT-SMC	0	0	24 065	0	0	24 065
UNOPS	0	0	16 750	0	0	16 750
TOTAL	36 791 618	67 913 807	44 684 092	43 493 642	67 403 642	260 286 438

Source : SAF PNLP et les PTF

2.5. Principaux acteurs de la lutte contre le paludisme

➤ Collaboration interne avec les services/structures du MS

Dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme, le PNLP collabore avec les directions, les services centraux, les programmes, les instituts de formation et recherche ainsi que les services déconcentrés du Ministère de la Santé. Ce sont entre autres : DNELM, DNSCMT, DNSFN, DNPM, PCG – SA, DNEHS, IGS, INSP, CNFRSR, PEV, MTN, TB, UAGCP, BSD/SNIS, IRS, DPS et les établissements de santé.

➤ Partenariat pour la lutte contre le paludisme

Le PNLP développe un partenariat avec d'autres départements sectoriels, les bailleurs de fond, le secteur privé, les institutions et organisation nationales et internationales. Ce sont entre autres : le Service National de Santé Scolaire et Universitaire, le Ministère de l'Éducation Nationale et de l'Alphabétisation, l'UGANC, le SSA, le MATD, le Ministère des Finances, le Ministère du Budget, Ministère de l'Environnement, le Secrétariat général des affaires religieuses, le Ministère de l'information et de la communication, la chambre des mines, les Sociétés de téléphonie mobiles, la Société civile, le Fonds mondial, l'USAID/PMI, CDC, Banque Mondiale, OMS, CRS, ChildFund, UNICEF, Chemonics, RTI, FMK, OCPH, Plan International Guinée, ALMA, MSF, RBM, KOICA, OMVS, MMV.

➤ Coordination et Collaboration avec les pays limitrophes

La Guinée en collaboration avec les pays limitrophes coordonne la lutte contre le paludisme à travers les projets sous régionaux notamment le Projet MMV dans le cadre de la chimio-prévention du paludisme saisonnier dans le sahel et le projet OMVS à travers les réunion technique transfrontalière de lutte contre le paludisme (Guinée, Sénégal, Mali et Mauritanie) et l'appui dans l'organisation des campagnes de distribution des MILDA.



2.6. Principales faiblesses de mise en œuvre du PSN 2018-2022

Les principales faiblesses identifiées lors de la revue du programme sont présentées ci-après par domaine de lutte contre le paludisme.

Prise en charge

- Insuffisance de référence des cas de paludisme graves du niveau communautaire vers les CS qui se traduit par la faible utilisation de l'Artésunate suppositoire pour le traitement de préférence ;
- Le non-respect des directives de PEC des cas graves au niveau des formations des sanitaires : Pas de référence des cas graves des CS vers les hôpitaux, utilisation de l'Artésunate pour traiter les cas simples, préférence des perfusions de quinine ;
- Faible réalisation du contrôle qualité du diagnostic biologique ;
- Insuffisance dans le suivi de la pharmacovigilance des intrants antipaludiques.

Lutte antivectorielle

- Insuffisances de mise en œuvre de la distribution continue des MILDA (ruptures en MILDA, non réalisation de la distribution scolaire et communautaire) ;
- Insuffisance de mise en œuvre de la PID, la LAL et la gestion de l'environnement ;
- Faible capacité de suivi des interventions de lutte antivectorielle au niveau national et des districts sanitaires (Entomologistes, Techniciens, Fonctionnement de l'Insectarium et de Laboratoire de biologie moléculaire, Surveillance de la résistance des vecteurs aux insecticides).
- Absence de documents normatifs relatifs à la gestion de l'environnement et des pesticides ;

Interventions spécifiques

- Faible couverture en TPIg3 (Forte déperdition entre TPIg1 et TPIg3).
- Faible prise en compte des aspects genre, équité et droits humains dans la mise en œuvre du TPI.
- Faible couverture de la CPS des certaines localités (zones à accès difficile, zones minières, déplacement des populations).
- Non mise en œuvre de la prévention du paludisme par le TPIIn.

Gestion du Programme

- Faible niveau de mobilisation des ressources internes pour la lutte contre le paludisme : BND, Secteur privé ;
- Existence de risques potentiels de suspension ou arrêt des financements des partenaires : mauvaise gestion des finances ou des intrants, troubles sociopolitiques, vente illicite des intrants antipaludiques (médicaments, MILDA) ;
- Faible coordination des interventions, notamment au niveau central entraînant des interférences au niveau opérationnel.
- Faible harmonisation et mutualisation des interventions.
- Faible motivation et insuffisance de personnels qualifiés au niveau de la coordination du Programme (Gestion financière, passation des marchés, communication, LAV, Suivi – Evaluation, formation et prise en charge).
- Risque de survenue des épidémies (Covid19, Ebola, Lassa, ...) et les troubles socio-politiques pouvant entraîner l'arrêt ou la limitation de l'offre et/ou l'utilisation des services.
- Insuffisance de la logistique pour les visites de terrain.
- Mauvaise condition de travail de la cellule de coordination du PNL (Difficulté d'accès, vétusté et exigüité des locaux).

Communication



- Non réalisation d'une enquête CAP pour évaluer les effets des sensibilisations, identifier les barrières et réorienter les approches de communication.
- Difficulté de suivi des interventions à cause du manque d'un système adéquat de collecte des données des activités de communication.
- Faible prise en compte des aspects genre et inclusion dans la programmation et la mise en œuvre des activités d'IEC/CCC.

Gestion des Approvisionnements et des Stocks

- Retard de livraison des certains intrants (MILDA) entraînant des ruptures au niveau central et opérationnel.
- Rupture d'intrants au niveau communautaire à cause de la non prise en compte du besoin des RECO dans la quantification des intrants et de la réticence des certains chefs de centre de santé à approvisionner les RECO.
- Faibles capacités en gestion de stock à cause de l'insuffisance de formation des prestataires ;
- Faibles capacités de stockage des intrants au niveau central et des formations sanitaires publiques.

Suivi – Evaluation, Surveillance, et Recherche Opérationnelle

- Insuffisance de qualité des données ;
- Non-réalisation des enquêtes annuelles de couvertures des interventions pour renseigner les cibles annuelles de certains indicateurs du cadre de performance ;
- Insuffisance de financement de la recherche opérationnelle pour apprécier l'efficacité, l'efficience et l'impact, réorienter les stratégies et/ou proposer des stratégies novatrices ;
- Manque de ressources pour réaliser des investigations épidémiologiques et entomologiques dans les districts qui enregistrent des augmentation des cas et des décès ;
- Insuffisance de stratification du paludisme en vue d'une planification plus efficace des interventions en tenant compte des facteurs épidémiologiques, entomologiques, climatiques, environnementaux, socio-économiques...
- Faible fonctionnement des sites sentinelles pour le suivi de la situation épidémiologique et entomologique du paludisme ;
- Insuffisance de numérisation, documentation et d'archivage des informations/données au niveau de central et décentralisé.

2.7. Défis du programme pour le PSN 2023 – 2027

En dépit de la faible performance du système de santé, durement éprouvé par la survenue des épidémies (Ebola, COVID-19, Fièvre Lassa ...), les troubles sociopolitiques et l'insuffisance des ressources, les défis majeurs du Programme pour les cinq prochaines années (2023-2027) est d'aller vers la pré-élimination du paludisme. Il s'agira d'une part de poursuivre la mise en œuvre des interventions à efficacités prouvées et d'autre part d'identifier et mettre en œuvre des interventions novatrices dans tous les domaines de la lutte contre le paludisme.

Lutte Antivectorielle Vectorielle (LAV) :

- Poursuivre la distribution des MILDA en campagne (2025) et en routine ;
- Développer d'autres canaux de distribution (scolaire, communautaire, etc.) en collaboration avec la société civile et l'appui des PTF et du secteur privé (sociétés minières, banques, etc.) ;
- Mettre en œuvre la PID et la LAL dans les zones éligibles sur la base des résultats de la stratification ;
- Poursuivre les études entomologiques afin d'établir la cartographie des vecteurs (distribution spatiale, infectiosité et sensibilité des vecteurs aux insecticides) ;
- Renforcer les capacités techniques pour l'amélioration du fonctionnement de l'insectarium et du laboratoire de biologie moléculaire (formation, équipement, réactifs) ;



- Rendre fonctionnel les 14 sites sentinelles installés pour la surveillance entomologique ;
- Partager les bonnes pratiques et les résultats des études entomologiques.

Interventions spécifiques de prévention :

- Poursuivre la mise en œuvre de la CPS et augmenter le nombre de passage (de 4 à 5) et la tranche d'âge (de 5 à 10 ans) dans les zones éligibles selon les résultats de la stratification ;
- Renforcer les interventions permettant d'atteindre la couverture en TPI3 en collaboration avec les services de la Santé de la Reproduction et l'implication des acteurs communautaires (ASC, ONG/OBC, COSAH) ;
- Introduire le Traitement Préventif Intermittent chez le Nourrisson (TPIIn) dans les zones éligibles selon les résultats de la stratification ;
- Introduire le vaccin contre le Paludisme dans les zones éligibles (zone pilote et mise à échelle) selon les résultats de la stratification.

Prise en Charge des Cas de paludisme (Diagnostic et traitement) :

- Améliorer la qualité du diagnostic et du traitement à travers la formation, le suivi – post formation, le coaching, la supervision et l'assurance qualité du diagnostic biologique.
- Atteindre la couverture universelle à travers l'intégration du niveau communautaire, des secteurs parapublique, privé, confessionnel et associatif ;
- Améliorer la prise en charge du paludisme grave : Traitement de préférence et référence des cas par les RECO vers les CS, révision des directives de PEC des cas graves au niveau des CS et respect des directives de PEC dans les formations sanitaires.

IEC/CCC/Mobilisation sociale :

- Evaluer l'impact des activités de sensibilisations afin d'identifier les barrières et réorienter les approches de communication ;
- Développer des approches innovantes de communication vers les écoles, les religieux, les zones enclavées, les populations défavorisées en collaboration avec la société civile et les ministères concernés (communication, environnement, éducation, affaires religieuses, promotion féminine et enfance...) ;
- Maintenir et renforcer la communication de masse à travers les médias (radios rurales, radios communautaires, radios privées, TV, web, réseaux sociaux ...) ;
- Mise en place d'un mécanisme de suivi des activités de communication ;

Suivi - Evaluation

- Améliorer la qualité des données à travers la révision et la digitalisation des outils de collecte, la formation du personnel, la supervision, les audits de qualité des données, les retro-informations et les revues périodiques ;
- Renforcer le système de surveillance sentinelle pour collecter des données sur l'efficacité des antipaludiques, sur la sensibilité des vecteurs et sur la morbidité et la mortalité ;
- Réaliser les enquêtes, investigations et recherches opérationnelles devant permettre de mesurer l'efficacité et l'impact du programme mais aussi d'améliorer les prises de décisions les changements sur les stratégies de lutte ;
- Réaliser des investigations entomologiques et épidémiologiques dans les districts sanitaires à problème (Incidence et mortalité élevées) ;
- Partager les résultats des enquêtes/études et recherches opérationnelles ainsi que les bonnes pratiques ;
- Mettre un système d'archivage électronique et physique performant et pérenne des données du Programmes.



Gestion des achats et des stocks (GAS)

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

Gestion du programme

- Poursuivre et élargir à d'autres secteurs intervenant dans la lutte contre le paludisme la coordination à travers les réunions des comités de suivi RBM (national, régionaux, préfectoraux) et les rencontres des groupes thématiques ;
- Mobiliser les ressources internes (BND, Secteur privé) pour le financement du PSN ;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de mitigation des risques (Risques financiers et programmatiques, épidémies, troubles socio-politiques et catastrophes) ;
- Mettre en place un mécanisme de coordination, de mutualisation, d'harmonisation des interventions avec les autres programmes pour rationaliser les ressources, gérer les interférences et maximiser les résultats ;
- Améliorer le cadre de travail de la cellule de coordination du PNLP (Difficulté d'accès, vétusté et exigüité des locaux), la motivation du personnel et la logistique pour les visites de terrain.

3. PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2023-2027

3.1. Cadre stratégique du PSN

Le présent Plan Stratégique couvre une période de cinq ans (2023-2027). Sur le plan national il est en phase avec le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté pour la Croissance (DSRP), les orientations de la Politique Nationale de Santé, les axes stratégiques du Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024 et la politique nationale de lutte contre le paludisme. Sur le plan internationale, ses objectifs sont en adéquation avec les Objectifs de Développement Durable (ODD) 2016-2030 des Nations Unies, le Document de Stratégie Technique Mondiale de Lutte contre le Paludisme 2016- 2030 de l'OMS, le document « Action et investissement pour vaincre le paludisme 2016-2030 » de RBM/AIM, du PSN paludisme l'OOAS et les objectifs de lutte contre le Paludisme de la CEDEAO.

3.2. Vision

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

3.3. Mission

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

3.4. Principes directeurs et valeurs

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



3.5. Orientations stratégiques et priorités

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

Le plan stratégique 2023-2027 développent des stratégies pour faire face aux priorités suivantes :

- Assurer un accès universel à des mesures efficaces de prévention du paludisme pour toute la population, notamment les MILDA, le TPI chez la femme enceinte et la chimio-prévention saisonnière (CPS) et la vaccination ;
- Assurer la confirmation biologique (TDR ou microscopie) de tous les cas suspects et la prise en charge correcte de tous les cas de paludisme vus dans les formations sanitaires (publiques, parapubliques, confessionnelles, associatives et privées) et dans la communauté ;
- Renforcer le système de surveillance épidémiologique du paludisme et la riposte aux épidémies éventuelles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire ;
- Assurer la disponibilité des intrants destinés à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme à tous les niveaux ;
- Renforcer le suivi et l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme, à travers un système fonctionnel permettant la collecte et l'analyse des données de qualité pour la prise de décision à tous les niveaux ;
- Renforcer la recherche opérationnelle et les innovations ;
- Renforcer la communication pour le changement de comportement des populations en vue de l'utilisation accrue des services de prévention et de prise en charge du paludisme ;
- Renforcer les capacités de coordination et de gestion du programme à tous les niveaux ;
- Renforcer le partenariat dans le pays pour la mobilisation d'un financement substantiel à travers le budget de l'Etat, du secteur privé et des partenaires au développement ;
- Renforcer la collaboration interpays et sous régionale en matière de lutte contre le paludisme ;
- Renforcer la mutualisation/intégration des interventions de lutte contre le paludisme avec les autres programmes de lutte contre la maladie (PEV, MTN, VIH, TB ...) et autres services en vue de maximiser l'impact ;
- Prendre en compte les aspects transversaux dans toutes les interventions du programme : équité, droits humains, égalité des genres, environnement et changements climatiques, leadership et participation communautaire et le renforcement du système de santé.

3.6. But du Plan Stratégique

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en réduisant de façon significative le fardeau du paludisme d'ici fin 2027.

3.7. Objectifs du Plan stratégique

- Réduire l'incidence du paludisme d'au moins 80% par rapport à 2022 ;
- Réduire le taux de mortalité liée au paludisme d'au moins 80% par rapport à 2022 ;
- Renforcer et maintenir les capacités de gestion du programme à tous les niveaux d'ici fin 2027.

3.8. Résultats attendus du Plan stratégique

D'ici fin 2027 :

- Au moins 90% de la population à risque de paludisme qui a dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Au moins 90% des enfants de moins de 5 ans à risque de paludisme ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Au moins 90% des femmes enceintes à risque de paludisme ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;



- Au moins 90% de la population à risque de paludisme dans les zones cibles est protégée par des pulvérisations intra-domiciliaires à effet rémanent au cours des 12 derniers mois ;
- Au moins 90% des femmes enceintes à risque de paludisme ont reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent au cours de soins prénatals dans leur dernière grossesse ;
- Au moins 90% des enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées par la chimio-prévention du paludisme saisonnier ont bénéficié d'une protection adéquate avec 4 passages durant la dernière période de haute transmission du paludisme ;
- Au moins 90% des cas suspects de paludisme ont bénéficié d'un test parasitologique (TDR, Microscopie) ;
- Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés dans les formations sanitaires ont reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales ;
- Au moins 90% des cas de paludisme grave confirmés dans les formations sanitaires ont reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales ;
- Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés par les relais communautaires ont reçu un traitement antipaludique correcte dans les 24 heures conformément aux directives nationales ;
- Au moins 80% de la population connaissent les signes majeurs et les mesures nationales de prévention du paludisme ;
- Au moins 90% des structures sanitaires et communautaires disposent des intrants antipaludiques pour la prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme ;
- Au moins 90% des rapports des établissements de santé attendus ont été reçus au niveau national (Taux de recouvrement rapports SNIS)
- Au moins 90% des rapports reçus des formations sanitaires publiques, privées et des structures communautaires sont fiables.



4. Cadre de mise en œuvre du PSN

4.1. Description des interventions de lutte par objectif

4.1.1. Objectif 1 : Réduire l'incidence du paludisme d'au moins 80 % par rapport à 2022

Encadré 1 : Stratégies et interventions de l'objectif 1

Stratégie 1.1 : Lutte intégrée contre les vecteurs

Intervention 1.1.1 : Accès Universel aux MILDA

Intervention 1.1.2 : La pulvérisation intra domiciliaire (PID)

Intervention 1.1.3 : La lutte Anti-Larvaire (LAL), Gestion de l'environnement et actions multisectorielles

Intervention 1.1.4 : Suivi entomologique et gestion de la résistance aux insecticides

Stratégie 1.2 : Interventions spécifiques

Intervention 1.2.1 : Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte (TPIg)

Intervention 1.2.2 : Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS)

Intervention 1.2.3 : Vaccination contre le Paludisme

Intervention 1.2.4 : Traitement Préventif Intermittent du Nourrisson

Pour atteindre cet objectif, la lutte intégrée des vecteurs du paludisme et les interventions spécifiques seront les principales stratégies à mettre en œuvre. Elles seront axées sur la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), la Pulvérisation intra-domiciliaire (PID), la lutte Antilarvaire (LAL), la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS), le Traitement Préventif Intermittent chez les femmes enceintes (TPIg) et les nourrissons (TPIIn) ainsi que la Vaccination contre le paludisme. La mise en œuvre de ces stratégies tiendra compte de la stratification, des aspects liés au genre, l'équité et les droits humains, de même que les changements climatiques.

4.1.2. Stratégie 1.1 : Lutte intégrée contre les vecteurs :

➤ **Intervention 1.1.1 : Accès universel aux MILDA**

Conformément aux directives de l'OMS, la distribution des MILDA s'articulera principalement autour de la campagne de masse en 2025 et la distribution continue des MILDA.

• **Distribution des MILDA en routine**

La distribution de routine aux femmes enceintes (CPN) et aux enfants de moins d'un an (PEV) sera poursuivie. Pour toucher les populations défavorisées, les zones enclavées et maintenir la couverture universelle en MILDA obtenue après les campagnes, d'autres canaux de distribution continue seront renforcés. Il s'agit de la distribution à travers les postes de santé, les écoles et la communauté. Le partenariat sera renforcé avec la Santé Communautaire, la Santé de la Reproduction, le Programme Elargie de Vaccination, le Ministère de l'Education, le ministère de l'Action Sociale et de la promotion féminine, le ministère de l'Administration du territoire et de la décentralisation, le secteur public, le secteur privé, la société civile et les communautés à la base.

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

Les différents canaux de distribution envisagés seront :



- **Canal sanitaire (distribution de routine)** : les moustiquaires seront distribuées gratuitement aux femmes enceintes et aux enfants de moins d'un an reçu respectivement lors des consultations prénatales (CPN) et la première vaccination (PEV). Cette activité sera réalisée au niveau des Centres de Santé, les Centres de Santé Améliorés (CSA), les Postes de Santé, les Centres Médicaux Communaux (CMC), les structures privées et au cours des stratégies avancées.
- **Canal Communautaire** : Des organisations communautaires de bases seront identifiées en fonction des critères bien définis, les ASC et les ReCo assureront le renouvellement des MILDA usées dans les ménages. Pour ce faire des carnets seront produits et distribués aux ménages pour le suivi de la disponibilité, de l'utilisation et le remplacement des MILDA usées. Les associations et les entreprises pourraient contribuer à cette distribution communautaire dans des situations spécifiques (épidémies ou recrudescence, catastrophe naturelle, réfugiés...).
- **Canal Scolaire** : Les MILDA seront distribuées gratuitement aux élèves du primaire suivant une procédure et des mécanismes qui seront développés en collaboration avec le Service National de la Santé Scolaire, le Ministère l'enseignement pré-universitaire et les partenaires. Avec l'appui de PMI/VectorWorks, la Guinée a réalisé un projet pilote de distribution scolaire dans le district sanitaire de Boffa. Fort des ces leçons apprises de ce projet, le PNLP envisage de mettre en œuvre cette intervention dans les régions de Kindia, Labé et Boké à partir de 2024. Un plaidoyer sera fait auprès des partenaires locaux et internationaux pour la mise en œuvre de cette intervention dans d'autres districts sanitaires du pays.

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

Cette distribution sera mise en œuvre à travers l'organisation de la quatrième campagne nationale de distribution universelle de MILDA en 2025. Pour la mise en œuvre de cette campagne, on procédera à la mise à disposition des MILDA, la production d'outils, l'approvisionnement en matériels, la mise en place des comités de suivi à tous les niveaux, la formation, la supervision des acteurs, la micro-planification, le dénombrement de la population, la distribution des MILDA, la sensibilisation de la population (avant, pendant et après) et à l'évaluation des résultats de la campagne. Cette campagne sera réalisée dans les 38 districts sanitaires en plusieurs phases et fera l'objet de digitalisation à l'image de celle de 2022. Elle tiendra compte de certains événements spéciaux (périodes électorales, contextes socio-politiques, urgences humanitaires ...) et de la période pluvieuse. Le choix des moustiquaires tiendra compte du niveau de sensibilité des vecteurs aux insecticides dans le pays.

➤ **Intervention 1.1.2 : La pulvérisation intra domiciliaire (PID) :**

Pour le PSN 2023-2027, la PID se fera à travers à la mise en place des préalables (études de faisabilité), la mise en œuvre des projets pilotes en relation avec les institutions de recherche et les entreprises minières. Les documents normatifs (Normes et procédures, plan de mise en œuvre) seront élaborés et disséminés.

Cette intervention sera menée dans les différents districts sanitaires en tenant compte des résultats de la stratification. Par ailleurs, des études seront réalisées en collaboration avec les institutions de recherche et l'appui des partenaires techniques pour déterminer les zones éligibles, les insecticides à utiliser et les modalités de mise en œuvre. Un renforcement de capacités de la Lutte Antivectorielle au niveau du PNLP (ressources humaines, formation, équipement) et des agences de mises en œuvre (ONGs, PME...) sera réalisé. Les projets pilotes seront mis en œuvre dans les zones identifiées en collaboration avec les partenaires, les collectivités et la société civile.

➤ **Intervention 1.1.3 : La lutte Anti-Larvaire (LAL), Gestion de l'environnement et actions multisectorielles**



La lutte anti-larvaire mettra l'accent sur la promotion de l'hygiène, l'assainissement, la destruction et le traitement des gîtes larvaires. En collaboration avec les services compétents (Ministères, Communes...), le PNLP à travers les unités prévention et communication, apportera un appui technique, financier et matériel aux activités d'assainissement développées au niveau communautaire par les OCB, les ONG locales et les PME suivant un plan d'action élaboré par les communautés. Le volet recherche opérationnelle sera développé à travers la cartographie des gîtes larvaires et l'étude de sensibilité des larves aux larvicides. Ces recherches seront menées avec l'appui des institutions de recherche spécialisées (CDC, CREC, VectorLink, etc.).

Dans le cadre de ce présent PSN, le Ministère de la Santé à travers le PNLP envisage de mener des concertations en vue de réaliser des interventions multisectorielles de lutte contre les vecteurs. Les parties prenantes seront entre autres les Ministères de l'environnement, de l'agriculture, des mines, les travaux publics, l'habitat, les collectivités locales ainsi que les programmes de lutte contre les maladies à transmissions vectorielles (MTN, Fièvres hémorragiques, Fièvre Jaune etc.). A cet effet, un comité multisectoriel sera mis en place pour coordonner les interventions du plan intégré de lutte antivectoriel prenant en compte les besoins des autres secteurs.

Les activités suivantes seront menées : (i) Appui technique pour l'élaboration d'un plan intégré de lutte antivectoriel multisectoriel, (ii) organiser des actions de plaidoyer pour l'adhésions des parties prenantes et la mobilisation des ressources, (iii) élaboration des plans sectoriels de mise en œuvre.

➤ **Intervention 1.1.4 : Suivi entomologique et gestion de la résistance aux insecticides**

Depuis 2013 le PNLP en collaboration avec CDC/Atlanta a procédé progressivement à la mise en place des sites sentinelles à travers le pays. A ce jour 14 sites sentinelles entomologiques ont pu être installés dans les districts sanitaires de Boffa, Boké, Kindia, Mamou, Dabola, Labé, Siguiiri, Faranah, Kankan, Lola, Forécariah, Kissidougou, Kouroussa et Nzérékoré. Ces sites fonctionnent de façon sporadique à travers les financements ponctuels obtenus auprès du FM, de PMI et MSF Belgique.

Le PNLP a procédé à la définition des indicateurs entomologiques et le paramétrage sera intégré dans le DHIS2. Les informations collectées seront saisies sur cette plateforme en vue d'une large diffusion de celles-ci. Les formations en entomologie de base et sur la biologie moléculaire seront organisées à l'intention des cadres du PNLP, des directions régionales de la santé, et des districts sanitaires dans les centres de recherche en entomologie et des laboratoires de référence. Au cours des activités de terrain, les acteurs du niveau communautaire bénéficieront du renforcement de capacité nécessaire à la réalisation des activités de collecte.

Au **niveau communautaire**, la surveillance entomologique dans le cadre de la lutte contre le paludisme fournit des informations sur la bionomie des vecteurs et la résistance aux insecticides. Elle sera mise en œuvre à travers les ASC et les RECO pour collecter des moustiques à l'aide de techniques simples (par exemple, des pièges lumineux CDC) au niveau des 14 sites sentinelles entomologiques.

Pour ce faire, le PNLP procédera à l'équipement et la formation des entomologistes locaux, des ASC et les RECO sur les différentes méthodes d'échantillonnage (identification des gîtes et capture des larves, capture sur appât humain, capture au pyrèthre et au pièges lumineux) pour faire la collecte, la conservation et l'expédition des échantillons de moustiques au laboratoire de l'UGANC pour une analyse approfondie.

Dans le but d'évaluer l'**efficacité des MILDA** distribuées pendant les campagnes, le PNLP organisera des études sur l'efficacité des MILDA dans les districts sanitaires. Ces études semestrielles permettront de suivre l'utilisation, l'intégrité physique des moustiquaires et l'efficacité de l'insecticide présent sur les moustiquaires.

Pour la gestion de la résistance aux insecticides, des études sur la sensibilité des vecteurs seront réalisées de façon trimestrielle dans les sites sentinelles de Maférinayah, Boké en Basse Guinée, de Labé et Tougué en



Moyenne Guinée, de Faranah et Siguir en Haute Guinée, de Lola et Nzérékoré en Guinée Forestière. Au cours de ces études, la sensibilité des vecteurs aux différentes classes d'insecticides sera testée.

Le renforcement de capacité à travers les formations et les supervisions sera réalisé tout au long de la mise en œuvre des interventions.

4.1.3. Stratégie 1.2 : Les interventions spécifiques.

La CPS et le TPIg seront poursuivis. Deux nouvelles interventions seront mises en œuvre : le TPIIn et la vaccination.

➤ Intervention 1.2.1 : Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte (TPIg)

Dans le plan stratégique 2023-2027, le TPI chez la femme enceinte sera poursuivi dans les CS/CMC/CSA et Poste de santé à travers tout le pays. Un accent particulier sera mis sur l'amélioration du taux de couverture en TPI3. Le renforcement de la collaboration avec la santé de la reproduction et la santé communautaire en matière de formation, de supervision, d'approvisionnement et le suivi de la gestion des intrants sera poursuivi. A cet effet les activités suivantes seront réalisées : (i) l'orientation des agents CPN et ASC/ReCo sur le suivi des stratégies avancées et le rattrapage les femmes enceintes, (ii) la sensibilisation, la recherche active et la référence des femmes enceintes vers les services de santé par les RECO, (iii) le rappel de rendez-vous de CPN par l'envoi des sms aux femmes enceintes et maris, (iv) la dotation FOSA en kit de prise supervisée de la SP.

➤ Intervention 1.2.2 : Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS)

Au cours de la mise en œuvre du plan stratégique 2023-2027, une campagne CPS (de 4 ou 5 cycles) sera organisée par an. Ces campagnes couvriront en plus des (dix-sept) 17 districts sanitaires éligibles, de nouveaux districts identifiés sur la base des critères d'éligibilité. Un plaidoyer sera organisé en faveur de l'extension de la stratégie à la tranche d'âge de 5 à 10 ans et l'augmentation du nombre de cycles de 4 à 5 dans certaines zones.

Pour chaque campagne, une macro-planification permettra de déterminer les axes de mise en œuvre suivie d'une micro-planification dans chaque district afin de déterminer les ressources nécessaires. Des activités de pharmacovigilances seront réalisées pour le suivi et la prise en charge des effets secondaires.

La mutualisation et la digitalisation seront poursuivies au cours des cinq prochaines années avec une mise à échelle dans les districts CPS en tenant compte des aspects genre, équité et droits humains. A cet effet, la CPS sera couplée avec les activités les campagnes PEV, MT pour améliorer les couvertures.

➤ Intervention 1.2.3 : Vaccination contre le Paludisme

L'une des recommandations de l'OMS dans la prévention du Paludisme est l'utilisation du vaccin RTS, S chez les enfants de moins de 5 ans. Le RTS, S/AS01 (RTS, S) est un vaccin qui agit contre le *Plasmodium falciparum*, le parasite le plus mortel à l'échelle mondiale et le plus prévalent en Afrique. Ce vaccin sera introduit en 2024 en phase pilote dans les 6 districts sanitaires de la région de Nzérékoré où la prévalence est plus élevée (30%). Un appui technique sera sollicité pour élaborer un plan d'introduction du vaccin. A l'issue de cette phase pilote, un plan de mise à échelle sera élaboré suivi d'un plaidoyer pour la mobilisation des ressources.



➤ **Intervention 1.2.4 : Traitement Préventif Intermittent du Nourrisson**

Cette intervention sera mise en œuvre en collaboration avec le PEV chez les enfants de moins 1 an dans les zones de haute transmission du paludisme et ne bénéficiant pas de la CPS. Les districts sanitaires à couvrir sont identifiés conformément aux recommandations de la stratification (Kissidougou, Gueckedou, Macenta, Nzerekoré, Yomou, Lola, Beyla et Kerouané, Telemilé, Kindia, Boké, Boffa, Fria, Dubréka, Coyah et Forécariah). La mise en œuvre sera échelonnée en 2 phases. La première phase (à partir de 2023) va concerner les 6 districts sanitaires de la région de Nzérékoré et les 5 districts sanitaires de la région de Kindia. La deuxième phase (à partir 2025) couvrira les districts sanitaires Kérouané, Kissidougou et 3 districts sanitaires de la région de Boké (Boké, Boffa et Fria).

Les activités suivantes seront menées : (i) Elaboration du plan de mise en œuvre, du guide d'utilisation et manuels de formation avec l'appui d'un consultant national, (ii) Orientation des acteurs (ii) Quantification des besoins en SP et Approvisionnement des formations sanitaires, (iv) mise à jour des outils de gestion, (v) Suivi – évaluation de la mise en œuvre.

4.2. Objectif 2 : Réduire le taux de mortalité liée au paludisme d'au moins 80% par rapport à 2022

Encadré 1 : Stratégies et interventions de l'objectif 2

Stratégie 2.1 : Accès universel au Diagnostic parasitologique

Intervention 2.1.1 : Diagnostic biologique au niveau des formations sanitaires (GE, TDR)

Intervention 2.1.2 : Diagnostic biologique au niveau communautaire (TDR)

Intervention 2.1.3 : Assurance Qualité /Contrôle Qualité du laboratoire

Stratégie 2.2 : Accès universel à un traitement antipaludique efficace

Intervention 2.2.1 : Traitement au niveau des formations sanitaires

Intervention 2.2.2 : Traitement au niveau communautaire

Stratégie 2.3 : Surveillance des médicaments antipaludiques

Intervention 2.3.1 : Pharmacovigilance

Intervention 2.3.1 : Surveillance de l'efficacité des antipaludéens

La stratégie de prise en charge du paludisme comprendra le diagnostic biologique de tous les suspects identifiés et le traitement précoce et efficace des cas dans les formations sanitaires et au niveau communautaire. La mise en œuvre des interventions retenues dans cette stratégie prendra en compte les aspects genre, équité et droit de l'homme à l'effet de toucher les populations défavorisées et vulnérables. Un accent sera mis sur l'atteinte des populations des zones où la transmission est plus élevée, ainsi que les zones enclavées et à accès difficile.

4.2.1. Stratégie 2.1 : Accès universel au Diagnostic parasitologique

Le PSN 2018-2022 a permis d'obtenir des performances élevées du diagnostic biologique avec une proportion de plus de 95% des cas suspects testés (TDR ou Microscopie). Durant cette période 63 formateurs nationaux et 274 biologistes ont été formés sur le diagnostic biologique dont 10 ont bénéficié d'une certification OMS. Le présent PSN 2023-2027 poursuivra l'amélioration du diagnostic biologique à travers la formation des biologistes et techniciens de laboratoire, l'équipement des laboratoires en microscopes, la fourniture des tests de diagnostic rapide et de réactifs ainsi que le suivi régulier de l'exécution des activités.



Un accent sera mis sur l'intégration du diagnostic biologique dans de nouvelles structures publiques, parapubliques et privées ainsi qu'au niveau communautaire.

En collaboration avec la Direction Nationale de Laboratoire, l'institut National de Santé Publique et d'autres institutions compétentes (Centre National de Formation et Recherche en Santé Rurale de Maferinyah ...), un accent particulier sera mis sur l'amélioration de la qualité du diagnostic biologique à travers des formations initiales ou de recyclages, des supervisions, le contrôle de qualité et la recherche opérationnelle. De même, le plaidoyer sera poursuivi auprès de l'Etat et des partenaires pour la mobilisation des ressources en faveur du recrutement des ASC et la motivation des RECO.

➤ **Intervention 2.1.1 : Diagnostic biologique au niveau des formations sanitaires (GE, TDR)**

Renforcement des capacités : Des sessions de formations initiales et de recyclage des biologistes et techniciens de laboratoires dans les formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles seront organisées tous les ans. Par ailleurs des formations de haut niveau seront organisées pour les formateurs nationaux ainsi que pour la préparation au concours d'accréditation des experts à l'OMS sur la microscopie. En outre la formation des prestataires sur le diagnostic biologique sera intégrée à la formation sur la prise en charge des cas.

Equipements, TDR, réactifs et consommables : La dotation des formations sanitaires en TDR, en microscopes, en réactifs et consommables de laboratoire sera réalisée dans le cadre de la chaîne d'approvisionnement.

Suivi des activités : Le suivi rapproché des biologistes est essentiel pour améliorer leurs performances par rapport à la microscopie. Il sera organisé des supervisions trimestrielles, des supervisions par les pairs, des coachings sur site et des suivis post-formation.

➤ **Intervention 2.1.2 : Diagnostic biologique au niveau communautaire (TDR)**

Renforcement de capacités : Dans le cadre de la mise à échelle progressive de la politique de santé communautaire (1Reco pour 650 hbts et 1 ASC pour 10 Reco), le PNLP travaillera conjointement avec la Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle (DNSCMT) pour le renforcement des capacités des ASC et des RECO.

Approvisionnement en TDR et consommables : Les RECO seront dotés en TDR, en gants et en boîtes de sécurité pour le diagnostic biologique au niveau communautaire.

Suivi des activités : Le PNLP continuera la collaboration avec la DNSCMT, les districts sanitaires, les CS et les ASC pour la supervision intégrée de la mise en œuvre des activités communautaires.

➤ **Intervention 2.1.3 : Assurance Qualité /Contrôle Qualité du laboratoire**

Pour assurer la qualité du diagnostic biologique dans les formations sanitaires et au niveau communautaire, les TDR et les réactifs seront contrôlés systématiquement à la réception et au niveau opérationnel. Un contrôle de qualité des microscopes sera également effectué tous les ans en collaboration avec la Direction Nationale de Laboratoire. Un appui technique sera sollicité pour la mise à jour du guide sur la maintenance préventive et curative des équipements de diagnostic biologique élaboré depuis 2017 et du manuel et politique de qualité du diagnostic élaboré en 2016.

La banque de lames de références mise en place en 2016 pour la formation et la supervision des biologistes sera renouvelée en collaboration avec le Laboratoire National de Référence de l'INSP.

4.2.2. Stratégie 2.2 : Accès universel à un traitement antipaludique efficace

La mise en œuvre du PSN 2018 – 2022 a permis d'améliorer l'accès au traitement avec plus de 98% des cas confirmés traités selon les directives nationales de prise en charge du paludisme. Il s'agira essentiellement



de poursuivre le renforcement des capacités des prestataires, d'améliorer la disponibilité des antipaludiques et de suivre régulièrement la mise en œuvre dans les FOSA et au niveau communautaire.

➤ **Intervention 2.2.1 : Traitement au niveau des formations sanitaires**

Révision des documents normatifs : La mise à jour de la politique nationale et des manuels de formation sur la prise en charge des cas concernera le traitement des formes graves en prenant en compte les pratiques du terrain (niveau de prise en charge et références) et les nouvelles recommandations de l'OMS. Cette mise à jour prendra aussi en compte les aspects genre, équité et droit de l'homme. Il sera procédé à la vulgarisation des documents révisés à travers la formation des prestataires et les supervisions.

Renforcement des capacités des acteurs des secteurs public et privé : Durant le PSN 2018-2022, le PNLN avec l'appui des partenaires a formé 4455 prestataires en 2018 et 2021. Le respect de la directive recommandant le recyclage des prestataires tous les deux ans et l'affectation de nouveaux cadres dans les districts sanitaires ont fait apparaître de nouveaux besoins en formation et recyclage qui seront comblés par le présent PSN.

Afin d'améliorer la qualité des formations des prestataires il sera procédé régulièrement à une mise à niveau du pool de formateurs nationaux provenant des Centres Hospitaliers Universitaires et des hôpitaux (pédiatres, gynécologues et généralistes). Cette formation sera contractualisée si possible avec des consultants spécialisés dans la lutte contre le paludisme.

Des stratégies spécifiques seront développées notamment :

- Le plaidoyer auprès des responsables des hôpitaux pour l'adhésion aux directives nationales de prise en charge des cas ;
- Le renforcement des capacités des prestataires des hôpitaux (suivi post formation, coaching sur site, supervision ciblées basées sur les faiblesses, exposé dans les hôpitaux, journées scientifiques...)
- Le suivi rapproché de la performance des prestataires à travers le monitoring et les supervisions par les paires ;
- Le suivi régulier de la disponibilité des intrants antipaludiques dans les formations sanitaires pour éviter les ruptures de stock.

Dans le cadre de l'intégration et de la mutualisation, la collaboration avec les autres services, programmes et partenaires impliqués dans la prise en charge des cas (Direction des établissements de soins, Santé de la reproduction, Direction nationale du Laboratoire ...) sera améliorée à travers leur implication dans l'élaboration des documents normatifs, le renforcement des capacités des prestataires, le suivi des activités et la supervision des acteurs.

➤ **Intervention 2.2.2 : Traitement au niveau communautaire**

La prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire se fera dans le cadre du paquet intégré de prestations de services des ASC et RECO. Cette intervention sera menée en étroite collaboration avec la DNSCMT, les programmes et autres organisations intervenants au niveau communautaire. Renforcement des capacités : Dans le but d'intensifier la prise en charge communautaire du paludisme, le PNLN poursuivra le renforcement des capacités des ASC et RECO, la disponibilité permanente des intrants et une motivation des acteurs.

Suivi des activités : comme dans le volet du diagnostic au niveau communautaire, le PNLN continuera la collaboration avec la DNSCMT, les districts sanitaires, les CS et les ASC pour la supervision intégrée de la mise en œuvre des activités communautaires.



4.2.3. Stratégie 2.3 : Surveillance des médicaments antipaludiques

➤ Intervention 2.3.1 : Pharmacovigilance

Malgré les efforts consentis pour l'amélioration du système de pharmacovigilance, la notification des effets indésirables reste un problème crucial dans le traitement du paludisme en Guinée. Pour améliorer cette situation, le Programme collaborera avec la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament pour la mise en œuvre des activités de pharmacovigilance.

L'objectif ultime étant de contribuer à mettre en place un système de pharmacovigilance fonctionnel et performant touchant l'ensemble des produits de santé. Il s'agira d'élaborer ou mettre à jour des outils de détection, de notification et de prise en charge des effets indésirables des produits antipaludiques dans les formations sanitaires et au niveau communautaire. Les modalités de réalisation de cette activité seront discutées avec la DNPM. La mise en œuvre de ces activités permettra aux services de santé de mieux prendre en charge les effets indésirables et de fournir les informations nécessaires pour réduire les erreurs de médication et améliorer les soins de santé.

➤ Intervention 2.3.2 : Surveillance de l'efficacité des antipaludéens

Afin de disposer d'informations sur l'efficacité et la tolérance des antipaludiques utilisées en Guinée, le PNLP collaborera avec les institutions compétentes (Centre National de recherche de Maferinyah, INSP, etc.) et les partenaires pour mettre en œuvre des études au niveau des sites sentinelles du pays. Les études d'efficacité seront réalisées au niveau des sites sentinelles tous les deux ans en tenant compte du niveau d'endémicité et en respectant les normes standards de l'OMS. Les résultats feront l'objet de publication et seront utilisées pour la mise à jour de la politique de prise en charge des cas.



4.3. Objectif 3 : Renforcer et maintenir les capacités de gestions du programme à tous les niveaux d'ici fin 2027.

Encadré 3 : Stratégies et interventions de l'objectif 3

Stratégie 3.1 : Gestion du programme de lutte contre le paludisme

Intervention 3.1.1 : Renforcement des capacités institutionnelles et gestionnaires

Intervention 3.1.2 : Planification et mise en œuvre

Intervention 3.1.3 : Renforcement du Partenariat pour Faire Reculer le Paludisme (RBM)

Intervention 3.1.4 : Gestion des ressources matérielles et financières

Stratégie 3.2 : Approvisionnement et système de gestion des achats et des stocks

Intervention 3.2.1. Renforcement des capacités de stockage et quantification des intrants

Intervention 3.2.2. Gestion des Achats et des Stocks

Intervention 3.2.3. Stockage et Distribution

Intervention 3.2.4. Renforcement des capacités du personnel

Intervention 3.2.5. Renforcement du système de contrôle de qualité des antipaludiques

Intervention 3.2.6. Sécurisation des intrants antipaludiques.

Stratégie 3.3 : Communication pour le changement social et de comportement (IEC/CCC)

Intervention 3.3.1. Communication Interpersonnelle (CIP)

Intervention 3.3.2. Communication mass média

Intervention 3.3.3. Plaidoyer

Intervention 3.3.4. Mobilisation Communautaire

Intervention 3.3.5. Mobilisation sociale

Stratégie 3.4 : Surveillance, Suivi-Évaluation & Recherche Opérationnelle

Interventions. 3.4.1. Renforcement des compétences du personnel en SE, Redevabilité et Apprentissage

Interventions. 3.4.2. Harmonisation des outils et des méthodes de suivi/évaluation

Interventions. 3.4.3. Renforcement du système d'assurance qualité des données du paludisme

Interventions. 3.4.4. Enquêtes, recherches opérationnelles et surveillance

4.3.1. Stratégie 3.1 : Gestion du programme de lutte contre le paludisme

La mise en œuvre des précédents PSN a permis le renforcement des performances du programme dans les domaines du leadership, de la gouvernance, de la planification, de la gestion des ressources et du partenariat. On peut citer entre autres : la mise en place des normes et procédures, l'élaboration du référentiel des compétences, mises en place des cadres concertation et de coordination (groupes thématiques, réunion RBM), les plans d'action opérationnels, le recrutement du personnel, etc.

Malgré ces acquis, la gestion du programme présente encore des défis à relever pour améliorer les performances dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme. A cet effet, le PNLP renforcera la gestion de programme en tenant compte du résultat, du changement climatique, du genre, inclusion et des droits humains.

➤ Intervention 3.1.1 : Renforcement des capacités institutionnelles et gestionnaires

Gouvernance et Leadership : Le Programme va développer des activités visant à renforcer la gestion programmatique et financière dans le respect de la transparence, de la redevabilité, de la responsabilisation,



de l'éthique et de la gestion de l'information. Dans ce cadre les activités suivantes seront réalisées : (i) une mise à jour des outils et directives de gestion des ressources humaines, matérielles et financières, (ii) le renforcement du partage de l'information, (iii) l'organisation des audits financiers et institutionnels, (iv) l'institutionnalisation des contrats de performance, (v) et Elaborer un document technique de plaidoyer qui prendra en compte les aspects de redevabilité et de gouvernance.

Pour améliorer l'accès des populations à la prise en charge du paludisme des actions seront entreprises, en collaboration avec l'Inspection Générale de la Santé, la DNPM, les autorités administratives et sanitaires locales et la société civile pour faire respecter la gratuité des intrants antipaludiques notamment des contrôles inopinés, des inspections, la mise en place un mécanisme de suivi et d'un numéro vert.

Renforcement institutionnel et ressources humaines : Le référentiel des compétences du PNLP élaboré en 2013 sera mis à jour pour définir sur la base du cadre organique, les rôles et responsabilités et les tâches du personnel de l'unité de coordination du programme.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique national 2023-2027, des audits institutionnels seront réalisés tous les 2 ans pour identifier et prioriser des besoins de renforcement de capacités institutionnel et des Ressources Humaines. Le personnel contractuel sera maintenus et d'autres agents seront recrutés. Notamment : 5 chauffeurs, 3 comptables, 1 biologiste, 2 entomologistes, 1 épidémiologiste, 1 biostatisticien, 1 informaticien, 1 assistant en communication chargé du suivi de activités des ONGs et un assistant de direction.

Ce PSN contribuera au renforcement des compétences des ressources humaines des cadres du programme, des IRS et des DPS à travers la participation aux cours nationaux et internationaux en suivi-évaluation, LAV, gestion de programme et leadership, gestion financière et comptable, paludologie, épidémiologie et biostatistique, socio-anthropologie, communication pour le changement de comportement et développement communautaire. Des sessions de formation seront organisées sur les différentes thématiques de la lutte contre le paludisme au niveau des universités et écoles de santé. Certaines formations sur les thématiques du paludisme seront contractualisées avec des institutions nationales ou internationales spécialisées.

La gestion des formations sera facilité par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de formation du personnel intégrant l'ensemble des besoins de renforcement des compétences.

➤ **Intervention 3.1.2 Planification et mise en œuvre**

Le PSN 2023 – 2027 identifie tous les besoins, décrit les objectifs et les orientations stratégiques du programme et fait une projection des interventions à mettre en œuvre par an. Sur la base des interventions prévues, un plan d'action opérationnel sera élaboré chaque année. L'élaboration de ce plan doit être participative avec l'implication des autres programmes et directions du Ministère de la Santé, les autres départements ministériels, le niveau intermédiaire et opérationnel ainsi que le secteur privé et la société civile.

Ce plan prendra en compte toutes les interventions à réaliser par niveau de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire. Le PNLP veillera à ce que les plans d'action opérationnels des DPS et IRS intègrent les activités de lutte contre le paludisme. Le plan d'action opérationnel sera évalué chaque année afin d'identifier les forces, les faiblesses, les opportunités, les menaces et défis sur lesquelles se baseront le PAO de l'année suivante. Des micro-plans mensuels ou trimestriels seront élaborés à tous les niveaux pour la mise en œuvre et le suivi rapproché des activités.

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

➤ **Intervention 3.1.3 : Renforcement du Partenariat pour Faire Reculer le Paludisme (RBM)**



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

A travers le comité de suivi RBM, le PNLP renforcera les axes de collaboration avec le secteur privé, la société civile, les différents départements ministériels pouvant être impliqués dans la lutte contre le paludisme, les universités, les instituts de recherche et de formation ainsi que les partenaires techniques et financiers.

Sous le leadership de la DNELM, la collaboration va être renforcée avec toutes les Directions et Programmes du Ministère de la Santé afin d'améliorer la coordination, d'éviter les interférences des activités sur le terrain.

Au niveau décentralisé, des réunions mensuelles regroupant autour de l'équipe cadrent du district les formations sanitaires, les ONG locales, les partenaires et le secteur privé. Ces réunions permettront la coordination et le suivi de la mise en œuvre des interventions au niveau local.

Des réunions de coordination avec les projets seront organisées périodiquement pour évaluer le niveau de mise en œuvre des activités, la gestion financière et le niveau d'atteinte des cibles indicateurs.

Le manuel de procédures d'intégration des interventions de lutte contre le paludisme dans les formations sanitaires privées, associatives, confessionnelles et parapubliques sera mis à jour avec la participation du niveau opérationnel et des partenaires.

Dans le cadre de la mutualisation, des activités intégrées telles que la santé communautaire, la CPN, la distribution des MILDA, la vaccination, la distribution des nutriments ainsi que la CPS seront mises en œuvre en collaboration avec d'autres programmes de santé tels que le PEV, les MTN, la SR et la Nutrition.

Pour assurer le suivi des actions d'élimination du paludisme en Guinée et soutenir des initiatives de plaidoyers pour la mobilisation des ressources internes, un Conseil d'Élimination du Paludisme sera créé. Il sera composé des départements ministériels, des acteurs du secteur privé, de la société civile et les partenaires techniques et financiers. Des documents normatifs seront élaborés pour définir les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes et le mode de fonctionnement du conseil.

Le PNLP veillera à la participation de toutes les parties prenantes aux différentes réunions des groupes thématiques mis en place et leur implication dans les activités de lutte contre le paludisme au niveau déconcentré.

➤ **Intervention 3.1.4 : Gestion des ressources matérielles et financières**

Dans le cadre de la gestion des ressources matérielles, le PSN 2023-2027 mettra l'accent sur la maintenance des infrastructures et du matériel existant, le renouvellement de celui vétuste puis à l'acquisition des équipements additionnels conformément aux besoins exprimés. Avec l'appui des partenaires les activités ci-après seront réalisées : (i) Construction d'un siège du PNLP, (ii) Acquisition des nouveaux équipements informatiques et bureautiques, du mobilier de bureau, de fournitures, matériels et consommables de bureau, de véhicules de supervision, (iii) Maintenance préventive et curative des matériels et équipements, (iv) Entretien et sécurité des locaux.

Concernant la gestion financière, la vision du programme pour les cinq prochaines années est d'atteindre un taux de mobilisation des ressources d'au moins 90% du budget prévu et être à mesure de gérer des subventions de manière autonome en tant que bénéficiaire principal. Pour ce faire les activités suivantes seront réalisées : (i) Plaidoyer auprès de l'Etat pour augmenter d'au moins à 15% sa part de financement du PSN à travers l'achat des intrants antipaludiques et le financement des interventions de terrain. (ii) Organiser des plaidoyers à travers des stratégies novatrices pour la mobilisation des ressources internes, (iii) Elaborer



des propositions techniques et financières à soumettre aux partenaires nationaux et internationaux, (iv) et Renforcer les capacités de gestion administrative et financière du Programme.

4.3.2. Stratégie 3.2 : Approvisionnement et système de gestion des achats et des stocks

➤ Intervention 3.2.1. Renforcement des capacités de stockage et quantification des intrants

Compte tenu de la faible capacité de stockage des intrants au niveau national et décentralisé, le PSN contribuera à la réhabilitation des magasins de stockage des formations sanitaires et de la PCG-SA.

La quantification des produits antipaludiques sera effectuée à travers l'organisation d'un atelier annuel qui va regrouper le PNLP, la centrale d'achat, les services compétents du Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique et l'ensemble des partenaires qui appuient le Programme. Trois méthodes de quantification basées sur des données disponibles et exploitables (statistique de service, consommation et démographie) seront utilisées. La quantification va aboutir à un plan d'approvisionnement qui sera actualisé tous les 3 mois et une revue globale est prévue annuellement. Ces révisions permettront de mettre à jour les besoins du pays à différents niveaux sur la base des consommations réelles des différents intrants.

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

➤ Intervention 3.2.2. Gestion des Achats et des Stocks

La gestion des Achats et des Stocks vise à améliorer des capacités de gestion des achats, des procédures de stockage et de distribution y compris l'informatisation du système d'information logistique.

Les achats/acquisitions seront réalisés par la Pharmacie centrale de Guinée qui est la structure spécialisée du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP). Pour des besoins spécifiques, les agences d'exécution des principaux bailleurs de fonds peuvent être sollicité pour procéder à des achats après validation des spécifications techniques et des quantités par le programme national de lutte contre le paludisme. Toutes les acquisitions seront réalisées sur la base du plan d'approvisionnement. La coordination des acquisitions est assurée par le PNLP avec l'appui de la DNPM.

Le PSN appuiera la révision et la diffusion des directives, des outils de gestion et guides de formation. Il est prévu la formation en cascade des acteurs sur le SIGL, la dotation en matériel informatique (micro-ordinateurs et logiciels de gestion de stocks).

Les informations sur la gestion de stock (niveau de stock, consommations...) des formations sanitaires sont soumises mensuellement à travers la plateforme e-SIGL à la Direction Préfectorale de la Santé pour autorisation et transmission au niveau central. Ces données sont validées par la section logistique pharmaceutique de la DNPM permettant ainsi de les exploiter à tous les niveaux. En appui au système intégré d'approvisionnement, le PSN 2023-2027 contribuera au renforcement des capacités des services concernés du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Des activités d'audit de la gestion des stocks à la PCG seront réalisées annuellement pour suivre la qualité de la gestion des données et un appui lui sera fait en fonction des résultats et recommandations des différents audits.

➤ Intervention 3.2.3. Stockage et Distribution

Dans le cadre de l'amélioration de la disponibilité et l'accessibilité des médicaments, le système de panier commun sera maintenu et consistera à la mise en commun des produits réceptionnés et à leur distribution



suivant les besoins exprimés par les formations sanitaires. Le stockage et la distribution des intrants antipaludiques seront assurés par la PCG-SA selon les modalités établies avec le PNLP et les autres parties prenantes. Les frais sont pris en charge par le gouvernement et les partenaires conformément aux accords signés.

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

L'enquête sur la disponibilité et l'utilisation rationnelle et sécurisée des intrants antipaludiques au niveau périphériques (EUV) sera organisée tous les 6 mois. Ces enquêtes seront mises à profit pour faire la comparaison entre les données épidémiologiques et logistiques, apprécier la qualité des ressources humaines, de la prise en charge, de la gestion logistique, de la gestion des établissements, de la gestion des outils et la qualité des données rapportées.

➤ **Intervention 3.2.4. Renforcement des capacités du personnel**

Afin de renforcer les capacités des acteurs de la chaîne logistique des districts et formations sanitaires, il sera organisé des sessions de formation/Recyclage sur la gestion des stocks.

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

➤ **Intervention 3.2.5. Renforcement du système de contrôle de qualité des antipaludiques**

Dans le cadre de ce plan, afin d'assurer le contrôle de qualité continu des intrants, en particulier les antipaludiques, le PSN 2023-2027 prévoit d'appuyer le LNCQM dans l'approvisionnement continu en réactifs et en équipements, dans le renforcement des capacités des acteurs en maintenance des équipements et le renforcement des compétences techniques pour le bon fonctionnement du laboratoire.

➤ **Intervention 3.2.6. Sécurisation des intrants antipaludiques.**

Depuis plusieurs années les revues et supervisions montrent qu'il y a une surconsommation et une mauvaise utilisation des produits antipaludiques notamment les CTA et l'artésunate injectable. Pour faire face à cette situation, le PSN 2023-2027 appuiera les pharmaciens des inspections régionales et préfectorales/communales de la santé à assurer des suivis rapprochés et les supervisions formatives.

Il a également été constaté le non-respect par les prestataires de la politique de gratuité des antipaludiques. En collaboration avec l'Inspection Générale de la Santé et les Inspections Régionales de la Santé, le programme appuiera des missions semestrielles de contrôle dans les formations sanitaires et les magasins de la PCG-SA pour s'assurer de la bonne gestion, la sécurité des intrants et du respect de la politique de gratuité des intrants antipaludiques.

4.3.3. Stratégie 3.3 : Communication pour le changement social et de comportement (IEC/CCC)

L'évolution du concept IEC/CCC vers la communication pour le changement social et de comportement (CCSC) a fortement contribué à l'amélioration du niveau de connaissance de la population sur les mesures de prévention et de prise en charge du paludisme dans les communautés et au niveau des formations sanitaires. Les interventions mises en œuvre ont essentiellement porté sur le plaidoyer, la mobilisation sociale, la mobilisation communautaire, la communication interpersonnelle et la communication masse media. Ces interventions ont contribué à l'améliorer l'utilisation des services. On peut citer entre autres, la proportion d'utilisation des MILDA de 19% (EDS 2012) à 60% (EIPAG 2021), de la proportion de femmes ayant bénéficié du TPI3+ de 11% (EDS 2012) à 50% (EDS 2018).



Pour améliorer les activités des IEC/CCS, une enquête CAP sera réalisée tous les 2 ans pour mesurer le niveau de connaissance, les attitudes et les pratiques de la population, identifier les barrières aux changements de comportements. Le plan de communication sera mis à jour sur la base des résultats de cette enquête qui prendra en compte les aspects genre, inclusion et droits humains. Pour faciliter le processus de planification et de mise en œuvre des interventions, la capacité technique des cadres de l'unité communication du PNLN sera renforcée et des équipements seront rendus disponibles pour la conception, la production et la diffusion des messages.

➤ **Intervention 3.3.1. Communication Interpersonnelle (CIP)**

La CIP portera sur les visites à domicile (VAD) par les RECO, les causeries éducatives par les Organisations à base communautaire (OCB) et leaders religieux, la paire éducation en milieu scolaire par les élèves et dans la communauté par les leaders communautaires, l'approche maris model, les groupes de discussion intergénérationnel, les dialogues communautaires et les veillées villageoises.

Pour faciliter la mise en œuvre de ces activités, les manuels de formation sur les différentes stratégies de communication seront révisés pour prendre en compte les nouvelles interventions et les aspects genre, équité et droits humains. Un guide décrivant les modalités de réalisation par zones d'intervention de ces activités sera élaboré. Un consultant sera recruté pour réaliser ces deux activités. Le pool de formateurs et les acteurs du secteur de la santé, les professionnels des médias, de la société civile et autres secteurs concernés seront orientés à tous les niveaux.

La mise en œuvre des interventions de la CIP tiendra compte de la cartographie des interventions de prévention et de prise en charge conformément aux résultats de la stratification.

La zone spéciale de Conakry se situant dans une strate de basse transmission où les interventions de prévention et de prise en charge prévues sont la prise en charge des cas de paludisme, la distribution des MILDA en routine, le TPIg chez la femme enceinte et la promotion de l'assainissement sera exemptée des VAD par les RECO. Les activités de CIP qui seront développées sont les groupes d'actions communautaires qui organiseront régulièrement des dialogues communautaires autour des centres de santé, l'approche « **maris model** » et les discussions inter générationnelles.

Dans les régions de N'Zérékoré, Kankan, Faranah et Kindia se situant dans une strate de moyenne transmission, l'accent sera mis sur le suivi régulier des RECO pour la tenue correcte et régulière des visites à domicile (VAD). Les Interventions Communautaire contre le Paludisme (ICP-ria) sera développé à travers les dialogues communautaire, le « **mari modèle** », les discussions intergénérationnelles, les veillées villageoises et les groupes d'action communautaire. Les écoliers et les leaders religieux poursuivront la sensibilisation dans les communautés pour promouvoir l'adoption de comportement souhaités.

Dans les régions de Mamou, Labé et Boké se situant dans une strate de faible transmission les VAD par les RECO seront poursuivies, la sensibilisation par les leaders religieux et écoliers sera renforcée ainsi que les veillées villageoises et les dialogues communautaire. Les RECO seront impliqués dans l'organisation des dialogues communautaires ainsi que dans la recherche active des femmes enceintes et des enfants perdus de vue ou en retard de vaccination.

Les leaders religieux et les élèves seront mis à contribution pour faciliter la recherche active des femmes enceintes et les enfants perdus de vue pour la CPN et la vaccination.

Les OCB réaliseront en collaboration avec les centres de santé des causeries éducatives dans les communautés en vue de faciliter l'adoption de comportements sains dans la prévention et la prise en charge des cas du paludisme. Les thèmes de ces séances de sensibilisation seront définis sous la coordination des chefs des centres de santé en tenant compte des indicateurs en souffrance et mettront l'accent sur la mutualisation des activités de lutte contre la maladie.



Les activités de CIP se feront sur la base des outils adaptés notamment les boîtes à images, les affiches, les outils ludiques et pédagogiques.

➤ **Intervention 3.3.2. Communication mass média**

Dans le domaine des masses médias, des efforts seront concentrés sur la Communication digitale (réseaux sociaux, sites internet), la diffusion des messages par la Radio, Télévision et supports imprimés. Le PNLP s'occupera de la conception, de la planification, de la production des supports et de la diffusion des messages.

En matière de communication Institutionnelle, il s'agira d'accroître la visibilité des interventions de lutte contre le paludisme. Un accent sera mis sur la communication digitale par l'utilisation des plateformes numériques (Facebook, WhatsApp, Site Web, LinkedIn, Twitter...) à travers la conception, la production et la diffusion à larges échelles de messages spécifiques pour chaque groupe social. Dans cette dynamique, des capsules vidéo et films institutionnels seront produits et diffusés. La production et diffusion des supports imprimés (T-shirts, Affiches, panneaux publicitaires etc. ...) sera poursuivi.

Le contenu du site web du programme sera amélioré et alimenté régulièrement. Le bulletin d'information (Palu Info Guinée...) sera renforcé par la mise en place d'un comité de rédaction composé des cadres du PNLP et des partenaires avec une parution trimestrielle. Le partenariat avec les médias sera renforcé pour la création et l'animation des rubriques et émissions paludisme au niveau des radios publiques, privées et communautaires.

Dans les communautés, en collaboration d'autres programmes de santé, il sera initié des programmes radio et télé qui ciblent particulièrement les populations vulnérables pour renforcer leur adhésion et implication effective aux activités de prévention et de traitement.

Dans les régions de N'Zérékoré, Kankan, Faranah et Kindia l'accent sera mis sur les émissions interactives en langues locales au niveau des radios rurales en synergie avec les radios privées et communautaires. Des programmes radios (sketchs, magazines, micro-trottoir) ciblant particulièrement les populations vulnérables seront produits et diffusés régulièrement. Au niveau des radios rurales communautaire, un partenariat sera établi pour la création et l'animation des émissions spécifiques sur le paludisme.

Dans les régions de Mamou, Labé et Boké, l'accent sera mis sur la réalisation des tables rondes au niveau des médias publics et privés. Des spots audios seront produits sur les différentes thématiques de la lutte contre le paludisme pour promouvoir l'accès équitable aux services de santé, les méthodes préventives et de prise en charge au niveau communautaire et dans les formations sanitaires.

Au niveau national, la communication au niveau des télévisions se fera par la réalisation des émissions en langues nationales, la production d'émissions radiophoniques ciblant les décideurs pour sensibiliser la population et les prestataires sur l'adoption de comportements sains dans l'utilisation correcte et continue de moustiquaires, le recours rapide aux soins, le respect des directives nationales de prise en charge du paludisme, du calendrier vaccinal et l'assainissement du cadre de vie.

Intervention 3.3.3. Plaidoyer

Les activités de plaidoyer serviront à mobiliser les ressources pour le financement du PSN et à renforcer l'appropriation des interventions de lutte contre le paludisme par les élus locaux, les leaders communautaires et les décideurs. Pour ce faire, le plan national de plaidoyer budgétisé déclinant les objectifs, les stratégies, les cibles et les activités à mener sera élaboré avec l'appui d'un expert et la participation des spécialistes en communication du Ministère de la Santé et des partenaires. Des réunions de plaidoyers, tables rondes, panels seront organisées avec la participation des décideurs, des partenaires techniques et financiers, secteur privé et la société civile en mettant un accent particulier sur la mobilisation des ressources interne (BND et Privé).

Au niveau décentralisé, les activités de plaidoyer seront organisées qui viseront essentiellement à mobiliser les ressources locales et à renforcer l'appropriation des interventions par la communauté.



➤ **Intervention 3.3.4. Mobilisation Communautaire**

Cette intervention consiste à réaliser des activités de sensibilisation de proximité par les OSC et autres leaders communautaires dans le but d'améliorer l'utilisation des services. Elle se traduira par le développement des actions communautaires innovantes (ICP-Ria) contre le Paludisme pour venir en appui aux visites à domicile (VAD) et causeries éducatives. Les ICP-Ria constitueront un cadre de concertation et d'échange entre les services de santé et la communauté. Les OSC mettront en œuvre des unités vidéo mobiles (UVM) pour transmettre les messages de sensibilisation dans les pôles d'attraction.

➤ **Intervention 3.3.5. Mobilisation sociale**

La mobilisation sociale s'appuiera sur les événements internationaux (Journées Mondiales), nationaux (lancements des campagnes, etc.) ou locaux pour partager les résultats clés et faire un plaidoyer pour susciter l'engagement des acteurs.

Elle se fera à travers l'implication des ONG, des OCB, des leaders religieux, des leaders d'opinions (artistes, griots, crieurs publics, etc.), les tradipraticiens ainsi que le secteur éducatif pour la diffusion des messages de sensibilisation sur la promotion de l'utilisation des services de lutte contre le paludisme.

4.3.4. Stratégie 3.4 : Surveillance, Suivi-Évaluation & Recherche Opérationnelle

Le Plan Stratégique National (PSN) 2023-2027 poursuivra le renforcement du système de Suivi-Evaluation, Redevabilité et Apprentissage (MEAL/SERA) afin d'informer régulièrement sur les performances du programme et de permettre des prises de décision basées sur des évidences. Ce système s'intègre au Système National d'Information Sanitaire (SNIS) du pays, inclue la surveillance épidémiologique et la recherche opérationnelle sur le paludisme. Il permettra de suivre les progrès réalisés, d'identifier les difficultés et de prendre des mesures correctives lors de la mise en œuvre du PSN.

Le but est de mettre à la disposition des parties prenantes les informations pour la prise de décisions dans le cadre de la gestion de la lutte contre le paludisme. Ces informations permettront au Programme de suivre la mise en œuvre et de mesurer les effets à court terme et les impacts à long terme des interventions. À cet effet, un plan national de Suivi/Évaluation aligné sur le plan stratégique sera élaboré sur la base forces, faiblesses, opportunités, menaces et leçons apprises du système de S&E identifiées lors de cette revue du PSN 2018 – 2022.

L'évaluation des performances du PSN 2023 – 2027 sera basée sur le suivi, la surveillance épidémiologique, l'évaluation, la redevabilité, l'apprentissage et la recherche opérationnelle.

➤ **Interventions. 3.4.1. Renforcement des compétences du personnel en Suivi-Evaluation, Redevabilité et Apprentissage (MEAL/SERA)**

Pour la mise en œuvre de cette intervention, le Programme organisera tous les 2 ans à partir de 2024, des formations/recyclages sur le Manuel de Procédure Opérationnelle de suivi – évaluation (gestion des données, contrôle de qualité, supervision, revues trimestrielles) et l'utilisation de la Carte de Score. Ces formations seront organisées à l'intention des gestionnaires de données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (Directions nationales, programmes, IRS, DPS, FOSA, structures privées et confessionnelles, ASC/RECO) en tenant compte de l'aspect genre et inclusion.

Le PNLP développera un système de redevabilité et d'apprentissage efficace pour améliorer la transparence dans la mise en œuvre des interventions. Pour ce faire les actions suivantes seront réalisées : (i) Orientation des acteurs sur la redevabilité et l'apprentissage, (ii) Documentation et partage des leçons apprises de la mise en œuvre des activités, (iii) évaluation de la prise en compte de la redevabilité et de l'apprentissage dans la réalisation des activités.



➤ **Interventions. 3.4.2. Harmonisation des outils et des méthodes de suivi/évaluation**

Les outils de collecte des données de routine sont gérés par le SNIS qui prévoit une révision tous les deux ans en collaboration avec tous les programmes et services de santé concernés.

En ce qui concerne les outils spécifiques au Programme, le manuel de procédures opérationnelles qui décrit le mécanisme de mise en œuvre de Suivi-Évaluation (supervision, monitoring, tableau de bord etc.) sera révisé pour prendre en compte le volet de redevabilité, apprentissage, le genre et droits humains. À l'issue de la révision, tous les acteurs seront orientés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Une mise à jour du manuel sera organisée tous les deux ans.

Les enquêtes nécessaires à la mesure des résultats et de l'impact des interventions seront réalisées en collaboration avec le BSD/SNIS, l'INS, les partenaires et l'appui technique des experts nationaux et internationaux. Afin de garantir la comparabilité et la validité des résultats, des mesures seront prises pour le respect des standards internationaux en matière de réalisation des enquêtes.

➤ **Interventions. 3.4.3. Renforcement du système d'assurance qualité des données du paludisme**

La mise en œuvre de cette intervention consistera à réaliser tous les ans des missions de supervisions semestrielles par le niveau central vers les IRS/DSVCo, des supervisions trimestrielles par les IRS/DSVCO vers les districts, des supervisions bimestrielles par les DPS/DCS vers les FOSA et des supervisions mensuelles par les CS vers les PS et ASC/RECO.

Il sera également organisé des revues trimestrielles de validation et de partage des données au niveau des régions administratives, des audits semestriels de la qualité des données (RDQA) basés sur les problèmes rencontrés au niveau des formations sanitaires et communautaires.

Il est prévu de poursuivre et de renforcer la numérisation des données des campagnes (CPS et MILDA), des données de routine, des supervisions, des formations, de communications, d'audits, de recherche et d'enquêtes pour permettre d'avoir des données de qualité et un bon archivage.

➤ **Interventions. 3.4.4. Enquêtes, recherches opérationnelles et surveillance**

Des enquêtes et évaluations basées sur des méthodes harmonisées et des directives standards sur le plan national et international seront réalisées pour mesurer les effets et impacts des interventions prévues notamment les enquêtes ménages (EDS, MICS, MIS, Enquêtes annuelles de couverture). Des études seront également menées au niveau des sites sentinelles pour le suivi des indicateurs de résistance des vecteurs aux insecticides et des parasites aux antipaludiques. Des voyages d'études pour des échanges d'expérience sur la gestion des sites sentinelles dans d'autres pays seront organisés.

Afin de disposer d'informations sur l'efficacité, l'efficience et l'impact des interventions du Programme, le PNLP appuiera la recherche opérationnelle sur le paludisme à tous les niveaux du système de santé. Ces activités prendront en compte le genre-inclusion et l'éthique. Ces recherches porteront également sur l'identification et la vulgarisation de stratégies novatrices de lutte contre le paludisme.

Pour ce faire le renforcement du comité de recherche sur le paludisme sera poursuivi avec l'organisation des réunions trimestrielles et un partenariat sera établi avec les institutions et les cabinets/centres de recherche. Les projets de recherche doivent respecter les procédures et règles d'éthiques définies par le Ministère de la Santé, et apporter un appui au renforcement des capacités des structures de recherche. Le PNLP veillera à la dissémination et à l'utilisation des résultats de recherche validés sur le paludisme en vue d'adapter les stratégies de lutte et améliorer les performances du programme.

Dans le cadre de la surveillance épidémiologique, les données hebdomadaires seront collectées et analysées sous le leadership de DNELM et l'ANSS afin de détecter les augmentations inhabituelles des cas ou des décès dus au paludisme (épidémies, recrudescence) et d'organiser la riposte. Des missions d'investigation entomologique et épidémiologique seront organisées dans les districts présentant des incidences élevées de paludisme. La planification sera prévue chaque trimestre dans les districts lorsque le Programme constate une augmentation des cas de paludisme. Il s'agit d'une caractérisation de l'épidémiologie et l'entomologie



locale du paludisme. Des actions concrètes seront prises en fonction des problèmes identifiés et en relation avec les autorités locales.

5. Modalités de mise en œuvre du PSN

5.1. Mécanisme de planification et de mise en œuvre

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

En outre, des micro-plans mensuels et trimestriels issus du plan d'action opérationnel concerté sont élaborés par les unités du PNLN et les partenaires techniques pour la mise en œuvre et le suivi rapproché des activités.

La coordination et le suivi de la mise en œuvre des interventions se font à travers les réunions (hebdomadaires et mensuelles), les revues trimestrielles et les supervisions à tous les niveaux. Des activités intégrées sont mises en œuvre avec d'autres programmes de santé tels que le PEV, la SR, la Nutrition, MTN etc.

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

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

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

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

Les rôles et responsabilités des acteurs sont définis par niveau :

- **Le PNLN**, en collaboration avec les services techniques du Ministère de la Santé, a pour rôle la mise en place d'un cadre institutionnel et normatif adéquat, la mobilisation des ressources et le renforcement de capacités des acteurs. Il est chargé notamment de définir le cadre de fonctionnement du système, de concevoir les outils harmonisés de collecte de données programmatiques et financières, de définir le circuit de l'information et les procédures de gestion, de renforcer les capacités des acteurs en termes de formation, de finances, de matériels et équipements.
- **Les équipes des IRS et DPS** sont responsables de la mise en œuvre du programme au niveau opérationnel. À ce titre elles sont chargées de l'élaboration du plan opérationnel prenant en compte les interventions de lutte contre le paludisme et du suivi de proximité des activités de terrain et du rapportage (statistiques, activités).
- **Les structures opérationnelles** publiques et privées (Postes de Santé, Centres de Santé, Centres de Santé Améliorés, Centres Médicaux Communaux, Hôpitaux, Cliniques, Cabinets Médicaux et de Soins, Pharmacies, Agents de Santé Communautaires, RECO, Organisations Communautaires ;) sont chargées



de la mise en œuvre des activités de terrain et de la production de l'information locale sous la supervision des DPS. Elles assurent les prestations de services curatifs, préventifs et promotionnels. Elles assurent la collecte et la notification des données sur les cas, décès et prestations de services.

- **Les partenaires** participent à la mise en œuvre des activités du PSN et sont chargés d'apporter un appui à travers la mise à disposition des ressources financières et techniques.

5.2. Gestion des ressources financières

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

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

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

Au cours de la mise en œuvre du PSN 2018- 2022, les partenaires (FM, PMI) ont apporté un important appui au Programme pour le renforcement des capacités de gestion administrative financière et comptable. Après une évaluation effectuée notamment par PMI et FM, un plan de renforcement a été mis en œuvre et a consisté essentiellement au recrutement de personnel technique (un chef de Service Administratif et Financier, un comptable, un auditeur interne), à la formation du personnel sur la gestion financière et l'utilisation de logiciel comptable (TOMPRO), à la fourniture d'équipements (ordinateurs, logiciel comptable) et à la mise en place d'un manuel de procédures de gestion administrative et comptable.

Ce renforcement sera poursuivi par le PSN 2023-2027 à travers la mise en œuvre du plan de renforcement des capacités qui consistera à la poursuite de la prise en charge du personnel contractuel actuel, au recrutement de nouveaux staffs (01 Assistant comptable, 01 Charge de la logistique et des achats), à l'amélioration des matériels et équipements, à la formation continue du personnel et à la promotion de la transparence dans la gestion des ressources (audit, contrôle de gestion).

5.3. Gestion et atténuation des risques

L'analyse du contexte sociopolitique lors de la revue de Performance du Programme a permis d'identifier les risques liés à la mise en œuvre des interventions notamment :

- L'instabilité sociopolitique pourrait empêcher la mobilisation des fonds en faveur du pays, freinant ainsi les investissements dans les interventions clés du programme paludisme ;
- Les lourdeurs administratives liées aux procédures pourraient impacter le niveau de décaissement des fonds alloués au Programme ;
- Le retard de mise à disposition des intrants pourrait entraîner des ruptures de stocks ;
- Les difficultés dans la mobilisation des fonds de contrepartie auprès du Gouvernement pourraient entraîner une suspension des fonds alloués par les partenaires pour la mise en œuvre du PSN ;
- Le départ du personnel formé et la mobilité des fonctionnaires pourrait impacter négativement la mise en œuvre des interventions ;
- Le poids des facteurs socioculturels et économiques pourrait influencer l'adoption des comportements favorables à la lutte contre le paludisme par les populations cibles (femmes, enfants, handicapés et populations enclavées)
- La survenue des épidémies et catastrophes naturelles (Ébola, Lassa, Covid-19, inondations, etc...) pourrait impacter négativement la mise en œuvre des interventions



- La mauvaise gestion des intrants (sur utilisation, vol, vente illicite) pourrait entraîner les ruptures de stocks ou l'arrêt de financement par les partenaires.

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

- L'instauration du dialogue entre le programme et les autorités administratives et politiques et la société civile ;
- L'exécution du plan de contingence sécuritaire par les comités de crise aux niveaux central et local (préfectures et régions) ;
- L'implication du Système des Nations Unies et des autres partenaires dans la gestion des crises ;
- Le renforcement des capacités des institutions étatiques et communautaires à la réponse aux urgences ;
- Le plaidoyer auprès du gouvernement et de l'assemblée pour l'augmentation de la contribution de l'Etat au financement du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme ;
- Le plaidoyer auprès du secteur privé (sociétés minières, banques, téléphonie, etc.) pour la mobilisation des ressources internes ;
- L'appropriation par le personnel du Programme des outils et procédures en vigueur pour faciliter le processus de décaissement et la réalisation des audits et contrôle interne ;
- L'amélioration de la motivation du personnel (formation, salaires, primes, satisfecit etc.)
- L'amélioration de la gestion des stocks à tous les niveaux et systématisation des inspections et contrôles,
- La prise en compte du volet genre équité et droits humains dans la planification et la mise en œuvre des interventions.



5.4. Budgétisation et plan financier du PSN

Le budget nécessaire à la mise en œuvre des interventions prévues s'élève à 298 562 021 dollars américains. Il est résumé dans le tableau ci-dessous par stratégie et par an.

Tableau 12 : Budget du PSN par Stratégie

Stratégies	2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	Total
Gestion de programme	9 728 124	9 375 422	9 391 405	9 419 032	9 394 933	47 308 916
Prévention	194 597	248 501	12 637 096	230 542	3 213 917	16 524 653
Prise en charge des cas	3 857 244	4 783 937	3 857 244	4 635 909	3 897 320	21 031 654
Suivi et Évaluation	2 122 469	575 876	1 900 183	1 548 348	2 036 501	8 183 377
Gestion des Approvisionnement	37 183 748	37 183 748	37 183 748	37 183 748	37 183 748	185 918 741
Communication IEC CCC	3 327 277	2 022 621	2 355 724	2 672 358	2 416 699	12 794 679
Vaccination	800 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	6 800 000
Total	57 213 459	55 690 106	68 825 400	57 189 938	59 643 118	298 562 021

5.4.1. Mobilisation de ressources

Avec l'appui des partenaires nationaux et internationaux, le programme procédera :

- Au renforcement du plaidoyer auprès du Gouvernement et du Parlement pour l'introduction de lignes budgétaires Paludisme dans le Budget du Ministère de la Santé (BND) et des collectivités locales (communes, conseils régionaux) ;
- Au développement d'un plan innovant de mobilisation des ressources internes : plaidoyer auprès du secteur privé (téléphonies, mines, banques etc.), organisation de téléthon, des tables rondes, des parrainages, etc. ;
- Au renforcement du plaidoyer en vue d'engager de nouveaux partenaires internationaux dans la lutte contre le paludisme pour appuyer la mise en œuvre de nouvelles interventions (TPIn, Vaccination, PID, Assainissement, etc.) et/ou couvrir les zones d'accès difficile et les populations défavorisées. Exemple : Gavi pour la vaccination, ROTARY Club, Croix-Rouge, OOAS, etc.
- Au renforcement des capacités des organisations de la société civile dans la mobilisation des ressources domestiques et internationales ;
- A la mise en place du Conseil National d'élimination du paludisme pour appuyer le Ministère de la Santé dans la mobilisation des ressources.



6. Cadre de Suivi – Evaluation

Le cadre de Suivi-Évaluation est un outil clairement énoncé pour guider les activités de suivi et évaluation d'un programme/projet et comprend le cadre de performance, système de gestion des données et mécanismes de coordination du suivi et de l'évaluation.

Le Suivi-Evaluation permet de garantir la qualité des activités réalisées, d'améliorer la coordination, de suivre régulièrement les interventions à tous les niveaux, d'apprécier leur effet et de partager les informations. Il offre aux différents acteurs l'opportunité d'identifier les problèmes et de proposer des stratégies correctrices.

Le suivi de la mise en œuvre de ce plan stratégique sera inscrit dans un processus continu de collecte et d'utilisation de données dans le but de s'assurer que les activités à tous les niveaux se déroulent de manière satisfaisante. L'analyse systématique des données permettra à tous les niveaux de faire des ajustements si nécessaire.

L'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique se fera en deux étapes, la revue à mi-parcours qui permettra d'évaluer les processus et les résultats afin de réorienter les interventions pour l'atteinte des objectifs et la revue finale qui mettra l'accent non seulement sur le processus et les résultats, mais aussi sur l'impact.

Il est décrit ci-dessous le cadre de suivi évaluation, l'organisation globale du système de suivi évaluation, les indicateurs de résultat et de performance et les principes de base et procédures opérationnelles.

6.1. Cadre de performance

Le suivi des performances du plan stratégique 2023-2027 sera fait à travers un processus continu de collecte, traitement, d'analyse et de diffusion de données (routine, activités et enquêtes) permettant de mesurer les progrès accomplis dans la mise en œuvre des interventions.

Les indicateurs de performance qui serviront à mesurer les changements recherchés seront définis dans une matrice appelée cadre de performance. Cette matrice prendra en compte les indicateurs d'impact, d'effet (résultats), de produits et de processus tel que décrit dans le plan de Suivi-Evaluation 2023-2027.

6.2. Système de gestion des données

6.2.1. Système d'information sur le paludisme

Le système de Suivi-Évaluation de la lutte contre le paludisme est une composante du Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Ce système comprend le Système d'Information Sanitaire, le système intégré de surveillance et de riposte aux maladies, la Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte (SIMR). Dans ce système global de Surveillance, Suivi-Evaluation, il est important de noter que la surveillance est une intervention à part entière à côté du Suivi-Evaluation. En Guinée le système de Suivi évaluation et le système Surveillance utilisent tous les deux comme moyen de rapportage de routine la plate-forme Système d'information sanitaire DHIIS2.

Les procédures de Suivi-Évaluation seront basées sur le manuel de Suivi-Évaluation du PNLP. Le plan de Suivi-Évaluation facilitera la mesure du progrès en conformité avec les indicateurs de résultat décrits pour chaque objectif. Le plan combinera le suivi des données de routine, des enquêtes dans les structures cibles et une évaluation finale afin de déterminer les effets et l'impact des interventions.

Le plan prend également en compte l'élaboration de rapports périodiques, la transmission et le retour continu d'informations. La qualité des services offerts sera mesurée au moyen d'évaluations rapides des pratiques au sein des structures publiques et privées. Le changement de comportement des prestataires (y compris les acteurs communautaires) et des membres de la communauté sera mesuré par des enquêtes de connaissances, d'attitudes et de pratiques (CAP).



6.3. Utilisation des données de routine

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

La revue à mi-parcours du Plan Stratégique sera réalisée en 2025 et permettra d'apprécier les taux d'exécution des activités, de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs (indicateurs) et d'identifier les goulots d'étranglements afin de proposer des réorientations pour améliorer les performances.

La revue de performance du programme sera réalisée à l'échéance du Plan Stratégique en 2027. Elle permettra de mesurer les performances de la mise en œuvre des différentes interventions, les forces, faiblesses menaces et opportunités ainsi que des recommandations pour le futur Plan stratégique 2028-2032.

6.4. Enquêtes de couverture et Évaluation de l'impact

Les évaluations de l'impact des interventions de lutte se feront tout au long de la mise en œuvre du Plan stratégique et à la fin de l'année 2027. Elles porteront principalement sur la disponibilité et l'utilisation des services, la morbidité, la mortalité et l'impact socioéconomique du paludisme.

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

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

6.5. Rôles et responsabilités, Mécanismes de coordination du MEAL/SERA

La mise en œuvre du plan de suivi et évaluation du PSN est sous la responsabilité de l'Unité S/E du PNLP. Les rôles et responsabilités des parties prenantes sont définis par niveau.

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

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

Les équipes des IRS/DSVCo et DPS/DCS, en particulier les chargés de la lutte contre la maladie, de Planification, Formation et la Recherche (PFR), des statistiques et Assistant Technique du District (ATD) sont responsables du suivi de proximité des activités de collecte des données sur le terrain et de la production des rapports. Ils sont chargés de s'assurer que tous les rapports des formations sanitaires sont saisis dans le



DHIS2, de réaliser le contrôle de qualité des données, de faire une analyse des performances et d'assurer le feedback.

Les structures opérationnelles (postes de santé, centres de santé, centres médicaux communaux, hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux et de soins, pharmacies, Agents de Santé Communautaires, Relais Communautaires, des ONG/OBC) sont chargées de la production de l'information locale. Elles collectent et notifient les cas de maladies, décès et prestations de services, compilent les données et élaborent les rapports mensuels ou trimestriels, traitent et analysent les données de couverture et de performance.

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

La coordination est assurée par le Groupe thématique Suivi-Évaluation (GTSE) du comité national RBM. Ce groupe est composé des cadres de l'Unité SE du PNLP, du SNIS, des autres programmes et projets du Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique, des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme et des agences d'exécution des projets de lutte contre le paludisme.



CADRE LOGIQUE DE SUIVI – ÉVALUATION DU PSN

SUIVI		EVALUATION/RECHERCHE		
INTRANTS	PROCESSUS	PRODUITS	RESULTATS	IMPACT
<ul style="list-style-type: none"> - Ressources humaines - Finances - Logistique - Matériels IEC - Intrants et médicaments - Outils de collecte - Logiciels - Infrastructures - Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planification - Formation - Réunion - Plaidoyer - Supervision - Evaluation - Communication - Contractualisation - Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de MILDA distribué - Nombre de TDR réalisé - Nombre de structure sans rupture de Stock - Nombre de supervision - Nombre de Spots télé et radio diffusé - Nombre de contrat signé - Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pourcentage de femme enceintes ayant reçu les MILDA pendant la CPN - Pourcentage d'enfant de moins d'un an ayant reçu les MILDA pendant la vaccination. - Pourcentage d'enfant de 3 – 59 mois ayant reçu la SP/AQ. - Pourcentage de cas confirmé ayant bénéficié d'un traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pourcentage de décès associé au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans. - Taux de mortalité toutes causes confondues chez les enfants de moins de 5 ans. - Mortalité proportionnelle due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.
INDICATEURS D'INTRANTS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE PRODUITS	INDICATEURS DE RESULTATS	INDICATEURS D'IMPACT

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère de la santé et de l'hygiène publique, République de Guinée, Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024
2. Ministère de la santé et de l'hygiène publique /PNLP, Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2018-2023 ;
3. Ministère du Plan, Institut National de la Statistique, ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) GUINEE 2018.
4. Ministère du Plan, Institut National de la Statistique, ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Rapport d'Enquête à Indicateurs sur le Paludisme et l'anémie (2021);
5. Ministère de la santé et de l'hygiène publique, BSD/SNIS. Annuaire statistique 2021.
6. Programme National de lutte contre le paludisme, Rapport d'étude sur les Test d'efficacité des antipaludiques (CTA), 2018 – 2022 ;
7. Programme National de lutte contre le paludisme, Rapport d'étude sur les investigations entomologiques. 2018 – 2022 ;
8. Programme National de lutte contre le paludisme, SNIS, Rapport du Routine Data Quality Assesment (RDQA) sur les investigations entomologiques. 2018 et 2022 ;
9. Programme National de lutte contre le paludisme, Plan de contingence COVID – 19, 2020.
10. Pharmacie Central de Guinée, Données d'inventaire de la PCG-SA, 2018 – 2022
11. Programme National de lutte contre le paludisme, Rapport de la campagne nationale de distribution gratuite des MILDA, 2019 et 2022 ;
12. Initiative Présidentielle de Lutte contre le Paludisme, Plans opérationnels de lutte Contre le Paludisme, 2018 – 2022 ;
13. Projet StopPalu+, Rapports annuels d'activités 2018 – 2022.



ANNEXE 1 : CADRE DE PERFORMANCE POUR LE SUIVI DU PSN

N°	Indicateurs	Données de base			Jalons et cible du PSN					Méthode de collecte des indicateurs			
		Données	Année	Sources	2023	2024	2025	2026	2027	Sources	Méthode	Fréquence	Responsable
A Indicateurs d'Impact : Morbidité et Mortalité													
1	Incidence du paludisme confirmé (pour 1000 habitants)	181,1 %	2022	DHIS2	180 %	175 %	170 %	165 %	160 %	DHIS2	Routine	Année	PNLP, SNIS
2	Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois	17%	2021	MICS					8,5%	EDS/MICS/MIS	Enquête	5 ans	PNLP/INS
3	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois (Taux d'hémoglobine < 8 g/dl)	9%	2021	MICS					4,5%	EDS/MICS/MIS	Enquête	5 ans	PNLP/INS
4	Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans	111 %	2018	EDSV		83 %				EDS	Enquête	5 ans	PNLP/INS
B Prise en charge des cas													
1	Taux de positivité des tests de paludisme (Microscopie ou TDR) dans les formations sanitaires et au niveau communautaire	58%	2022	DHIS2	57%	55%	53%	51%	50%	DHIS2	Routine	Annuelle	PNLP, SNIS
2	Mortalité proportionnelle des enfants de 0-5 ans due au paludisme dans les formations sanitaires	13%	2022	DHIS2, Rapport annuel PNLP	12%	11%	10%	9%	8%	DHIS2	Routine	Annuelle	PNLP/SNIS
3	Létalité due au paludisme dans les formations sanitaires	0,6%	2022	DHIS2, Rapport annuel PNLP	0,6%	0,5%	0,4%	0,3%	0,2%	DHIS2, Rapport annuel PNLP	Routine	Annuelle	PNLP/SNIS
4	Proportion des cas confirmés de paludisme ayant reçu un traitement antipaludique au niveau communautaire selon les directives nationales de lutte contre le paludisme	100%	2022	DHIS2, Rapport annuel PNLP	100%	100%	100%	100%	100%	DHIS2, Rapport annuel PNLP	Routine	Annuelle	PNLP/SNIS
5	Proportion des cas confirmés de paludisme ayant reçu un traitement antipaludique selon les directives nationales de lutte contre le paludisme au niveau des formations sanitaires du secteur public	100%	2022	DHIS2, Rapport annuel PNLP	100%	100%	100%	100%	100%	DHIS2, Rapport annuel PNLP	Routine	Annuelle	PNLP/SNIS
6	Proportion des cas confirmés de paludisme ayant reçu un traitement antipaludique selon les directives nationales de lutte contre le paludisme au niveau des formations sanitaires du secteur privé	100%	2022	DHIS2, Rapport annuel PNLP	100%	100%	100%	100%	100%	DHIS2, Rapport annuel PNLP	Routine	Annuelle	PNLP/SNIS
7	Proportion d'enfants de moins de <5ans ayant reçu un traitement antipaludique conforme aux normes nationales dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre	32%	2021	MIS	45%		65%		80%	EDS/MIS	Enquête	Tous les 5 ans	PNLP/INS
8	Pourcentage de cas suspects de paludisme reçus au niveau des formations sanitaires du secteur public ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR ou GE)	99,34%	2022	PUDR, Rapport annuel PNLP	100%	100%	100%	100%	100%	DHIS2, Rapport annuel PNLP	Routine	Annuelle	PNLP/SNIS
9	Pourcentage de cas suspects de paludisme reçus au niveau communautaire ayant bénéficié d'un examen parasitologique au niveau (TDR)	94,35%	2022	DHIS2, Rapport annuel PNLP	100%	100%	100%	100%	100%	DHIS2, Rapport annuel PNLP	Routine	Annuelle	PNLP/SNIS
C Prévention chez la femme enceinte													
1	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu un TPI avec au moins 3 doses de SP lors des CPN dans les formations sanitaires	72%	2022	PUDR, Rapport annuel PNLP	80%	85%	90%	90%	90%	DHIS2, Rapport annuel PNLP	Routine	Annuelle	PNLP, SNIS

2	Proportion des femmes enceinte connaissant l'intérêt du TPI	40%	2018	CAP	50%	60%	65 %	70%	75%	CAP	Enquête	Annuelle	PNLP, Instituts/Cabinets
D	Prévention chez l'enfant : chimio prévention saisonnière (CPS)												
1	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées bénéficiant tous les passages de la CPS	95%	2022	Rapport CPS	95%	96%	97 %	98%	98%	Rapport campagne CPS	Routine	Annuelle	PNLP
E	Lutte antivectorielle : MILDA												
1	Nombre moyen de Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) par ménage	1,5	2021	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	MICS/MIS	Enquête	2 à 5 ans	PNLP, INS
2	Proportion de personnes à risque de paludisme, tous âges confondus, ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	33%	2021	MIS	70%	85%	85 %	85%	85%	MICS/MIS	Enquête	2 ans	PNLP, INS
3	Proportion des femmes enceintes ayant dormi sous la MILDA la nuit précédant l'enquête	39%	2021	MIS	70%	85%	85 %	85%	85%	MICS/MIS	Enquête	2 ans	PNLP, INS
4	Proportion des enfants de moins de 5ans ayant dormis sous la MILDA la nuit précédant l'enquête	38%	2021	MIS	70%	85%	85 %	85%	85%	MICS/MIS	Enquête	2 ans	PNLP, INS
5	Proportion de femmes enceintes à risque de paludisme ayant bénéficié d'une MILDA au cours de la distribution durant la CPN	38%	2015	ENACIP	50%	55%	60 %	70%	70%	ENACIP/MICS/MIS	Enquête	Annuelle 2 ans	PNLP, INS
6	Proportion d'enfants de moins d'un an à risque de paludisme ayant bénéficié d'une MILDA au cours de la distribution durant le PEV	39%	2015	ENACIP	50%	55%	60 %	70%	70%	ENACIP/MICS/MIS	Enquête	Annuelle 2 ans	PNLP, INS
7	Proportion de personne utilisant une MILDA parmi les personnes vivant dans les ménages qui ont au moins une MILDA	50%	2021	MIS	50%	60%	65 %	70%	70%	ENACIP/MICS/MIS	Enquête	Annuelle 2 ans	PNLP, INS
8	Proportion de ménage disposant d'au moins une MILDA	63%	2021	MIS	70%	85%	85 %	85%	85%	MICS/MIS	Enquête	2 ans	PNLP, INS
9	Proportion de ménage disposant au moins d'une MILDA pour deux personnes	42%	2021	MIS	70%	85%	85 %	85%	85%	MICS/MIS	Enquête	2 ans	PNLP, INS
10	Proportion de personnes utilisant une MILDA parmi les personnes disposant d'une MILDA	50%	2021	MIS	70%	85%	85 %	85%	85%	MICS/MIS	Enquête	3 ans	PNLP, INS
11	Pourcentage de moustiquaires existantes utilisées la nuit précédente	95%	2022		105%					MICS/MIS	Enquête	4 ans	PNLP, INS
12	Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de soins prénatals	84,3%	2016	MICS-Palu	84,3%	85%	85 %	85%	85%	MICS/MIS	Enquête	5 ans	PNLP, INS

13	Nombre de MILDA distribuée par le canal communautaire	ND	2022	Rapport PNLP		164586	168997	173550	190905	Rapport PNLP	Routine	Annuel	PNLP
14	Nombre de MILDA distribuée par le canal scolaire	ND	2022	Rapport PNLP		324000	0	324000	324000	Rapport PNLP	Routine	Annuel	PNLP
16	Nombre de MILDA distribuée à la population à risque à travers les campagnes de masse	8927578	2022	Rapport Campagne MILDA			9419450			Rapport Campagne MILDA	Collecte digitalisée données	3 ans	PNLP
17	Nombres de MILDA distribués de manière continue aux groupes à risque ciblés	1080883	2022	PUDR/Rapport annuel PNLP	1403471	1493104	1586017	1682251		Rapport PNLP	Routine	Annuel	PNLP
F Lutte antivectorielle : PID ;													
1	Proportion de ménages situés dans les zones ciblées pour la PID ayant bénéficié de la pulvérisation intra domiciliaire au cours des 12 derniers mois	ND	-	-	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Routine	Annuel	PNLP
G Lutte antivectorielle : LAL													
1	Pourcentage de zones urbaines et péri urbaines ayant traité les gîtes larvaires identifiés	ND	-	-	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Routine	Annuel	PNLP
2	Pourcentage des principaux gîtes larvaires détruits dans les districts	ND	-	-	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Routine	Annuel	PNLP
H Gestion des achats et des Stocks (GAS)													
1	Proportion de formations sanitaires sans rupture de stock d'antipaludique et autres matériels essentiels (CTA, TDRs, SP) pendant plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois.	97%	2022	DHIS2, Rapport annuel PNLP	95%	100%	100%	100%	100%	DHIS2, Rapport annuel PNLP	Routine	Annuelle	PNLP, SNIS
2	Pourcentage des Établissements de soins ayant la capacité de faire des diagnostics par microscopies et/ou des tests de diagnostic rapide (personnel formé, microscope + réactifs et ou TDR	95%	2015	Enquête SARA	95%	100%	100%	100%	100%	Rapport SARA	Enquête	2 ans	PNLP, BSD
3	Pourcentage des RECO ayant la capacité de réaliser des tests de diagnostic	ND	2022	Enquête SARA	95%	100%	100%	100%	100%	Rapport SARA	Enquête	2 ans	PNLP, BSD
I Communication pour le changement de comportement-mobilisation sociale													
1	Proportion des personnes qui connaissent la cause du paludisme)	89%	2015	ENACIP	90%	90%	95%	95%	100%	Rapport ENACIP	Enquête	Annuelle	PNLP
2	Proportion des personnes qui connaissent les symptômes du paludisme)	66%	2015	ENACIP	70%	75%	80%	85%	85%	Rapport ENACIP	Enquête	Annuelle	PNLP
3	Proportion des personnes qui connaissent les mesures préventives du paludisme	81%	2015	ENACIP	90%	90%	95%	95%	100%	Rapport ENACIP	Enquête	Annuelle	PNLP
4	Proportion des populations qui connaissent les avantages de l'utilisation des MILDA	81%	2015	ENACIP	85%	85%	90%	90%	95%	Rapport ENACIP	Enquête	Annuelle	PNLP
J Gestion de Programme													

1	Proportion de districts sanitaires qui produisent des données de routine de qualité sur le paludisme dans tous les établissements publics, privés, associatifs, confessionnels et au niveau communautaire.	60%	2022	DHIS2, Rapport DQA, Supervision	60%	65%	70%	75%	80%	DHIS2, Rapport DQA, Supervision	Routine	Mensuelle	PNLP, SNIS
2	Indice de précision des données (différence entre la valeur constatée et la valeur publiée rapportée à la valeur constatée lors de vérification)	5%	2022	Rapport DQA, Supervision	5%	4%	3%	2%	1%	Rapport DQA, Supervision	Routine	Semestrielle	PNLP, SNIS
3	Taux de complétude des rapports d'activités des structures contractant avec le PNL (ONGs, Districts, autres)	94,2%	2022	DHIS5	96%	97%	98%	99%	100%	DHIS2, Rapport Annuel PNL	Routine	Mensuelle	PNLP, SNIS
4	Pourcentage d'entités déclarant soumettant les rapports dans les délais conformément aux directives nationales	54%	2022	DHIS6	70%	75%	80%	90%	95%	DHIS2, Rapport Annuel PNL	Routine	Mensuelle	PNLP, SNIS
5	Nombre de sites sentinelles fonctionnels pour le suivi de la résistance des antipaludiques, des vecteurs aux insecticides et de la pharmacovigilance des antipaludiques	8	2022	Rapport Annuel PNL	9	9	9	9	9	Rapport Annuel PNL	Routine	Mensuelle	PNLP, SNIS
6	Nombre d'études réalisées sur l'efficacité des antipaludiques selon le protocole de l'OMS	1	2022	Rapport Annuel PNL	1	1	1	1	1	Rapport Annuel PNL	Enquête	Annuelle 2 ans	PNLP, Institut de Maferinyah
7	Pourcentage de prestataires de santé impliqués dans la PEC du paludisme ayant reçu au moins une visite de supervision au cours du trimestre	86%	2022	Rapport Annuel PNL	90%	90%	95%	100%	100%	Rapport S1 PNL	Routine	Semestrielle	PNLP, SNIS
8	Pourcentage d'Agents de Santé Communautaire ayant reçu au moins une visite de supervision au cours du trimestre	100%	2022	Rapport Annuel PNL	50%	60%	70%	70%	75%	Rapport S1 PNL	Routine	Semestrielle	PNLP, SNIS
9	Pourcentage du budget mobilisé par le PNL auprès de l'État.	12%	2022	Rapport RPP PNL	15%	15%	15%	15%	15%	Rapport Annuel PNL	Routine	Annuel	PNLP
10	Pourcentage du budget mobilisé par le PNL auprès des partenaires.	90%	2022	Rapport RPP PNL	91%	92%	93%	96%	97%	Rapport Annuel PNL	Routine	Annuel	PNLP
11	Taux de décaissement et d'exécution du budget alloué	94%	2022	Rapport RPP PNL	95%	96%	97%	97%	97%	Rapport Annuel PNL	Routine	Annuel	PNLP
12	Taux de réalisation des activités	94%	2022	Rapport RPP PNL	95%	96%	97%	97%	97%	Rapport Annuel PNL	Routine	Annuel	PNLP

ANNEXE 2 : LISTE DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE SE DES INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME, GUINEE

1. Indicateurs d'impact

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
1	Incidence annuelle du paludisme dans les formations sanitaires et communautaire (suspect et confirmé)	Numérateur : Nombre de cas de paludisme notifiés dans les formations sanitaires x 1000	Annuaire statistique SNIS/Rapport annuel PNLN	Annuelle	National, Régions District,
		Dénominateur : Population totale à risque de paludisme dans la zone Couverte			
2	Incidence annuelle du paludisme confirmé (dans les formations sanitaires et communauté)	Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés notifiés x 1000	Annuaire statistique SNIS/Rapport annuel PNLN	Annuelle	National, Régions District,
		Dénominateur : Population totale à Risque de paludisme dans la zone couverte			
3	Incidence annuelle des cas de paludisme grave dans les formations sanitaires	Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés graves notifiés dans les formations sanitaires x 1000 Dénominateur : Population totale à Risque de paludisme dans la zone couverte	Annuaire statistique SNIS/Rapport annuel PNLN	Annuelle	National, Régions District,
4	Prévalence de la parasitémie : pourcentage d'enfant de moins de 5 ans avec une infection palustre (par microscopie et/ou TDR)	Numérateur : Nombre d'enfant de moins de 5 ans avec une infection palustre (par microscopie et/ou TDR) x 100	MIS, EDS, MICS	Annuelle, Tous les 2 à 5ans	National, Régions
		Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans testés			
5	Prévalence de l'anémie sévère chez les enfants de 6-59 mois	Numérateur : Enfants de 6 à 59 mois avec un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl) x 100	MIS, EDS, MICS	Annuelle, Tous les 2 à 5ans	National Régional
		Dénominateur : Enfants de 6 à 59 mois dont le taux d'hémoglobine a été mesuré lors de l'enquête			
6	Proportion de positivité (GE/TDR) au niveau des formations sanitaires et communauté	Numérateur : Nombre de lames et/ ou tests de diagnostic rapide positifs x 100	SNIS/PNLN/Enquêtes spéciales dans les structures de santé	Mensuelle Annuelle	National, Par Zone sanitaire
		Dénominateur : Nombre de GE et TDR réalisés			
7	La mortalité chez les 0-5 ans, toutes causes confondues	Numérateur : Nombre de décès chez les enfants de 0-5 ans toutes causes confondue x 1000	EDS / MICS/MIS	Annuelle, Tous les 2 à 5ans	National
		Dénominateur : Population totale des 0-5 ans à risque de paludisme			
8	Décès dus au paludisme pour 1000 personnes et par an	Numérateur : nombre de cas de décès dus au paludisme confirmé notifiés x 1000	EDS ou MICS	Tous les 2 à 5 ans	National
		Dénominateur : Population totale à risque de paludisme			
9	Mortalité proportionnelle dus au paludisme dans les formations sanitaires	Numérateur : Nombre de décès dus au paludisme confirmé enregistrés dans les formations sanitaires x 100	SNIS / PNLN	Mensuelle Annuelle	Zones sanitaires Préfectures Régions National
		Dénominateur : Nombre total de décès toutes causes confondues enregistrés dans les formations sanitaires			
10	Létalité due au paludisme confirmé	Numérateur : Nombre de décès dus au paludisme confirmé enregistrés dans les formations sanitaires	SNIS /PNLN	Annuelle	Zones sanitaires Préfectures Régions National
		Dénominateur : Nombre total de cas de paludisme (simple et grave) confirmé enregistrés dans les formations sanitaires			

2. Indicateurs de résultats

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
Lutte antivectorielle					
1	Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticides longue durée d'action distribuées lors des campagnes (gestion de programme)	Nombre total de MILDA distribuées à la population à travers les campagnes de masses	SNIS/PNLP/Rapport des campagnes de distributions des MILDA	3 ans	Zone sanitaire Préfectoral Régional National
2	Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action distribuées en routine (gestion de programme)	Nombre total de MILDA distribuées aux enfants âgés de moins d'un an par le PEV et aux femmes enceintes durant les CPN.	SNIS/PNLP (Données de routine de distribution des intrants)	Mensuelle Annuelle	Zone sanitaire Préfectoral Régional National
3	Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action distribuées en routine (à définir) dans les écoles (gestion de programme)	Nombre total de MILDA distribuées aux écoliers	SNIS/PNLP (Données de routine de distribution des intrants)		Zone sanitaire Préfectoral Régional National
4	Proportion de femmes enceintes à risque de paludisme ayant bénéficié d'une MILDA au cours de la distribution durant la CPN	Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant reçu une MILDA au cours de la distribution de routine x 100	SNIS/PNLP (Données de routine de distribution des intrants)	Trimestriel Semestriel Annuelle	Zone sanitaire Préfectoral Régional National
		Dénominateur : Nombre de femmes enceintes ciblées par la distribution de routine durant la CPN			
5	Proportion d'enfants de moins d'un an ayant bénéficié d'une MILDA au cours de la distribution durant le PEV	Numérateur : Nombre d'enfants de moins d'un an ayant reçu une MILDA au cours du PEV x 100 Dénominateur : Nombre d'enfants de moins d'un an ciblé par la distribution de routine durant le PEV	SNIS/PNLP (Données de routine de distribution des intrants)	Trimestriel Semestriel Annuelle	Zone sanitaire Préfectoral Régional National
6	Proportion de ménages disposant d'au moins une MILDA	Numérateur Nombre de ménages disposant d'au moins une MILDA x100	Enquête LQAS, MIS EDS	Annuelle	Zone sanitaire Régional National
		Dénominateur : Nombre total de ménages enquêtés			
7	Proportion de ménages disposant d'au moins deux MILDA	Numérateur Nombre de ménages disposant d'au moins deux MILDA x100	Enquête LQAS, MIS EDS	Annuelle	Zone sanitaire Régional National
		Dénominateur : Nombre total de ménages enquêtés			
8	Proportion de personnes à risque de paludisme, tous âges confondus, ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	Numérateur : nombre de personnes, tous âges confondus, ayant dormi sous MILDA dans les ménages la nuit précédant l'enquête x 100	MIS, MICS, EDS,	Annuelle	National
		Dénominateur : nombre total de personnes ayant dormi dans les ménages la nuit précédant l'enquête	Enquête de couverture		

9	Proportion d'enfants de moins de 5 ans à risque de paludisme ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA dans les ménages la nuit précédant l'enquête x 100 Dénominateur : Nombre total Enquêté de couverture	MIS, MICS, EDS, Enquête de couverture	Annuelle, Tous les 2 à 5 ans	National
10	Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA dans les ménages la nuit précédant l'enquête x 100	MIS, MICS, EDS, Enquête de couverture	Annuelle, Tous les 2 à 5 ans	National Régional Préfectoral
		Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes ayant dormi dans les ménages la nuit précédant l'enquête			
Pulvérisation Intra domiciliaire PID					
1	Proportion de ménages situés dans les zones ciblées pour la PID ayant bénéficié de la pulvérisation intra domiciliaire au cours des 12 derniers mois	Numérateur : Nombre de ménages situés dans les zones ciblées pour la PID ayant bénéficié de la pulvérisation intra domiciliaire au cours des 12 derniers mois x 100 Dénominateur : Nombre total de ménages enquêtés dans les zones ciblées par la PID	LAV/PNLP	Semestrielle	National Régional Préfectoral
2	Pourcentage de la population à risque de paludisme protégée par la PID dans les zones ciblées	Numérateur : Nombre de personnes protégées par la PID x 100 Dénominateur : Nombre de personnes à risque de paludisme ciblées par la PID	LAV/PNLP	Annuelle	National Régional Préfectoral
Lutte anti larvaire (LAL)					
1	Proportion des gîtes larvaires des zones ciblées couvertes par la LAL	Numérateur : Nombre de gîtes ayant bénéficié de LAL selon les directives nationales x 100 Dénominateur : Nombre de gîtes dans les zones ciblées	LAV/PNLP	Semestrielle	National Régional Préfectoral
TPI Chez les femmes enceintes					
1	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu un TPI avec au moins 3 doses de SP lors des CPN dans les formations sanitaires	Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de SP selon les directives nationales x 100 Dénominateur : Nombre de femmes enceintes ayant fait au moins une visite prénatale au cours d'une année	SNIS/PNLP, Monitoring	Mensuelle Semestrielle	National, Régional, Zone sanitaire
2	Proportion de femmes ayant reçu au moins deux doses de SP pour TPI durant leur dernière grossesse	Numérateur : Nombre de femmes enquêtées qui ont reçu au moins deux doses de SP durant leur dernière grossesse qui a abouti à une naissance vivante au cours des deux dernières années x 100 Dénominateur : Nombre total de femmes mères qui ont eu une naissance durant les deux dernières années	MIS, MICS, EDS	Annuelle Tous les 2 à 5 ans	Zone sanitaire Régional National

3	Proportion de femmes ayant reçu au moins trois doses de SP pour TPI durant leur dernière grossesse	Numérateur : Nombre de femmes enquêtées qui ont reçu au moins trois doses de SP durant leur dernière grossesse qui a abouti à une naissance vivante au cours des deux dernières années x 100 Dénominateur : Nombre total de femmes mères qui ont eu une naissance durant les deux dernières années	MIS, MICS, EDS	Annuelle, Tous les 2 à 5 ans	Zone sanitaire Régional National
TPI Chez L'enfant					
1	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées bénéficiant de TPIIn	Numérateur : Nombre d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées ayant reçu 4 doses de SP (TPI) selon les directives nationales x 100 Dénominateur : Nombre total d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées	SNIS, MIS, Monitoring	Annuelle	National, Préfectoral Régional, Zone sanitaire
Chimioprévention chez l'enfant					
1	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées bénéficiant de la Chimio Prévention Saisonnière (CPS)	Numérateur : Nombre d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées bénéficiant de la CPS selon les directives nationales x 100 Dénominateur : Nombre total d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées	SNIS, MIS, Monitoring	Annuelle	National, Préfectoral Régional, Zone sanitaire
Prise en Charge : Diagnostic biologique					
1	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR et/ou GE) au niveau des formations sanitaires	Numérateur : Nombre total de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR, et/ ou GE) au niveau des formations sanitaires x 100 Dénominateur : Nombre total de cas suspects de paludisme au niveau des formations sanitaires	SNIS/PNLP	Mensuelle	Zone sanitaire Régional National
2	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un TDR au niveau communautaire	Numérateur : Nombre total de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un TDR x 100 Dénominateur : Nombre total de cas suspects de paludisme enregistré par les ASC	SNIS/PNLP	Mensuelle	Zone sanitaire Régional National
3	Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu une fièvre au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête et qui ont bénéficié d'un examen parasitologique de paludisme (TDR ou GE)	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant eu une fièvre au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête et qui ont bénéficié d'un examen parasitologique de paludisme (TDR ou GE) x 100 Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu une fièvre au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête	MIS, MICS, LQAS, EDS	Annuelle Tous les 2 à 5 ans	National

Prise en charge des cas : Traitement du paludisme simple ou grave					
1	Pourcentage des cas de paludisme vus en consultations externes dans les formations sanitaires ayant bénéficié d'un traitement antipaludique approprié conformément aux directives nationales	Numérateur : Nombre de cas de paludisme vus en consultations externes ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les formations sanitaires x 100 Dénominateur : Nombre de cas suspects de paludisme vus en consultations externes dans les formations sanitaires	SNIS/PNLP, Enquêtes spéciales	Mensuelle Trimestrielle Annuelle	National, Régional, Zone Sanitaire
2	Pourcentage de cas de paludisme hospitalisés (Paludisme grave) ayant bénéficié d'un traitement approprié conformément aux directives nationales	Numérateur : Nombre de cas de paludisme ayant reçu un traitement approprié dans les hôpitaux x 100 Dénominateur : Nombre de cas de paludisme hospitalisés	SNIS/PNLP, Hôpitaux, Enquêtes spéciales	Mensuelle Annuelle	National, Régional, Zone Sanitaire
3	Proportion d'enfants de moins de 5ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre x 100 Dénominateur : Nombre d'enfants de moins de cinq ans dans les ménages enquêtés ayant eu la fièvre au cours des deux semaines passées	MICS, MIS, EDS, Enquête spéciale	Annuelle, Tous les 2 à 5 ans	National
4	Proportion de cas confirmés de paludisme simple ayant reçu un traitement antipaludique au niveau des Agents communautaires selon les directives nationales	Numérateur : Nombre de cas confirmés de paludisme simple vu par les ASC ayant reçu un traitement antipaludique selon les directives nationales x 100 Dénominateur : Nombre de cas confirmés de paludisme simple vus par les ASC	Enquête	Annuelle	Zone sanitaire Préfectoral Régional National
Communication pour un changement de comportement et mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le paludisme					
1	Pourcentage de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent la cause, les symptômes, les mesures préventives et le traitement du paludisme	Numérateur : Nombre de personnes (ou groupes cibles) interrogées qui connaissent la cause, les symptômes, les traitements ou les moyens de prévention du paludisme x 100 Dénominateur : Nombre total de personnes interrogées	MICS, MIS, Autres enquêtes ménages	Tous les 1 à 2 ans	Zone sanitaire Régional National
2	Proportion des femmes enceintes connaissant l'intérêt du TPI	Numérateur : Nombre de femmes enceintes qui connaissent l'intérêt de TPI x 100 Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes interrogées	Rapport d'enquête nationale de couverture/PNLP	Annuelle	Zone sanitaire Régional National
3	Proportion des populations qui connaissent les avantages de l'utilisation des MILDA	Numérateur : Nombre de personnes qui connaissent les avantages de l'utilisation des MILDA x 100 Dénominateur : Nombre total personnes enquêtées	Enquête CAP	Annuelle	Zone sanitaire Régional National

4	Proportion des formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks de plus d'un jour des principaux intrants (CTA, TDR, SP, MILDA) par mois	Numérateur : Nombre des formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks de plus d'un jour des principaux intrants (CTA, TDR, MILDA) par mois x 100 Dénominateur : Nombre de formations sanitaires	SNIS/PNLP, Enquêtes dans les formations sanitaires (EUV/DQA), SNIS/PNLP,	Mensuelle Semestrielle Annuelle	Zone sanitaire Régional National
5	Proportion de formations sanitaires sans rupture de stock d'antipaludique et autres matériels essentiels (TDRs, MILDA, CTA, SP) pendant plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois.	Numérateur : Nombre de formations sanitaires sans rupture de stock d'antipaludique et autres matériels essentiels (TDRs, MILDA, CTA, SP) pendant plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois x 100 Dénominateur : Nombre de formations sanitaires enquêtées	Enquêtes dans les formations sanitaires	Mensuelle Semestrielle Annuelle	Zone sanitaire Régional National
6	Complétude des rapports d'activités des formations sanitaires publiques	Numérateur : Nombre de rapports des formations sanitaires publiques reçus x 100 Dénominateur : Nombre de rapports attendus des formations sanitaires publiques	SNIS/PNLP	Mensuelle	Zone sanitaire Régional National
7	Complétude des rapports d'activités des formations sanitaires privées intégrées	Numérateur : Nombre rapports de formations sanitaires privées intégrées reçus x 100 Dénominateur : Nombre de rapports attendus de formations sanitaires privées	SNIS/PNLP	Mensuelle	Zone sanitaire Régional National
8	Taux de complétude des rapports d'activités des structures contractant avec le PNLP (ONGs, Districts, autres)	Numérateur : Nombre de rapports disponibles complets reçus x 100 Dénominateur : Nombre total de rapports attendus	SNIS/PNLP	Mensuelle, trimestrielle, Annuelle	Zone sanitaire Régional National
9	Taux de promptitude des rapports d'activités des structures contractant avec le PNLP (ONGs, Districts, autres)	Numérateur : Nombre de rapports reçus à temps x 100 Dénominateur : Nombre total de rapports attendus	SNIS/PNLP	Mensuelle, trimestrielle, Annuelle	Zone sanitaire Régional National
10	Proportion de districts sanitaires qui produisent des données de routine de qualité sur le paludisme dans tous les établissements publics, privés, associatifs, confessionnels et au niveau communautaire.	Numérateur : Nombre de districts sanitaires qui produisent des données de routine de qualité (complète, à temps et cohérente) sur le paludisme dans tous les établissements publics, privés, associatifs, confessionnels et au niveau communautaire x 100 Dénominateur : Nombre total d'établissements publics, privés, associatifs, confessionnels et au niveau communautaire qui produisent des données de routine	SNIS/PNLP	Mensuelle, trimestrielle	Zone sanitaire Régional National
11	Indice de précision des données	Numérateur : Différence entre la valeur constatée et la valeur publiée Dénominateur : valeur constatée lors de la vérification	Rapport de supervision	Bimestrielle Trimestrielle Semestrielle	Zone sanitaire Préfectoral Régional National

12	Pourcentage des Établissements de soins ayant la capacité de faire des diagnostics par microscopies et/ou des tests de diagnostic rapide	Numérateur : Nombre d'établissements de soins ayant la capacité de faire des diagnostics par microscopies et/ou des tests de diagnostic rapide x 100 Dénominateur : Nombre total d'Établissements de soins enquêtés	SNIS, registres des établissements ou enquêtes auprès des établissements	Annuelle	Zone sanitaire Régional National
13	Pourcentage des ASC ayant la capacité de réaliser des tests de diagnostic rapide du paludisme	Numérateur : Nombre ASC ayant la capacité de réaliser des tests de diagnostic rapide du paludisme x 100 Dénominateur : Nombre total d'ASC formé sur l'utilisation des TDR selon les directives nationales	Rapport de supervision, enquête	Semestrielle	Zone sanitaire Régional National
14	Nombre de tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques (CTA) réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole de l'OMS	Nombre de tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques (CTA) réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole de l'OMS	Rapport Structures de recherches/PNLP	Annuelle	Zone sanitaire Régional National
15	Nombre de tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole de l'OMS	Nombre total des tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides réalisés dans les sites sentinelles	Rapport Structures de recherches/PNLP	Annuelle	Zone sanitaire, Régional National
16	Nombre de prestataires de soins formés sur les directives nationales de lutte contre le paludisme	Nombre de prestataires de soins formés sur les directives nationales de lutte contre le paludisme	Rapport PNLP	Annuelle	Zone sanitaire Régional National
17	Quantité d'intrants disponibles au niveau national (Etat, Partenaires) pour la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludiques	Quantité totale de chaque intrant disponible au niveau national	Rapport PNLP/PCG	Mensuelle Trimestrielle, Annuelle	PNLP, Partenaires
18	Nombre de spots radio/TV diffusés au cours de la période ciblée	Nombre total de spots radio et spots TV sur le paludisme diffusés au cours de la période	Rapport PNLP	Trimestrielle	Presse/PNLP
19	Nombre d'émissions radio et TV animées	Nombre total d'émissions radio et TV sur le paludisme animé au cours de la période	Rapport PNLP	Trimestrielle	Presse /PNLP
20	Nombre de supports IEC produits par type sur la prévention et le traitement du paludisme	Nombre total de types de supports IEC produits sur la prévention et le traitement du paludisme au cours de la période	Rapport presse & PNLP	Annuelle	Presse /PNLP
21	Nombre de séances de sensibilisation organisées par les agents de santé communautaires sur la prévention (MILDA, TPI), la PEC du paludisme et l'assainissement du milieu	Nombre de séances de sensibilisation organisées par les agents de santé communautaires sur la prévention (MILDA, TPI), la PEC du paludisme et l'assainissement du milieu	Rapport d'activités de sensibilisation	Mensuelle Trimestrielle	PNLP/ONG
22	Nombre de ménages visités par les ASC pour appui conseil sur l'utilisation des MILDA	Nombre total de ménages ayant reçu la visite des ASC au cours des visites à domicile d'appui conseil	Rapport ASC& CSM	Mensuelle	DS/DRSP
23	Nombre d'ONG / Associations impliquées dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme au niveau communautaire	Nombre d'ONG contractantes	Contrats	Trimestrielle Annuelle	PNLP

24	Nombre de Partenaires impliqués dans le partenariat Faire reculer le paludisme dans le pays	Nombre de partenaires impliqués dans le partenariat Faire reculer le paludisme dans le pays	PV de réunions PNLP	Trimestrielle Annuelle	PNLP
25	Taux d'exécution des activités du plan d'action annuel du PNLP	Numérateur : Total des activités réalisées x 100 Dénominateur : Total des activités planifiées	Rapport PNLP	Trimestrielle Annuelle	PNLP
26	Taux d'absorption du budget alloué au paludisme par l'Etat et les partenaires	Numérateur : Total des dépenses effectuées pour la lutte contre le paludisme x 100 Dénominateur : Total des financements alloués par l'Etat et les partenaires pour la lutte contre le paludisme	Rapport PNLP	Trimestrielle Annuelle	PNLP
27	Pourcentage du budget mobilisé par le PNLP auprès de l'Etat et des partenaires.	Numérateur : budget mobilisé par le PNLP auprès de l'Etat et des partenaires x 100 Dénominateur : budget total du PNLP	Rapport PNLP	Annuelle	PNLP
28	Taux de décaissement et d'exécution du budget alloué	Numérateur : budget décaissé x 100 Dénominateur : budget alloué	Rapport financier PNLP et Partenaires de mise en œuvre	Trimestrielle Annuelle	PNLP
29	Nombre de sites sentinelles fonctionnels pour le suivi de la résistance des antipaludiques, des vecteurs aux insecticides et de la pharmacovigilance des antipaludiques	Nombre de sites sentinelles fonctionnels pour le suivi de la résistance des antipaludiques, des vecteurs aux insecticides et de la pharmacovigilance des antipaludiques	Rapport d'activités des sites Rapport de supervision	Trimestrielle Annuelle	PNLP
30	Nombre de personnels formés sur le système de suivi/évaluation des activités du paludisme	Nombre de personnels formés sur le système de suivi/évaluation des activités du paludisme	Rapport de formation	Annuelle	PNLP et Partenaires
31	Pourcentage de prestataires de santé impliqués dans la PEC du paludisme ayant reçu au moins une visite de supervision au cours du trimestre	Numérateur : Nombre de prestataires de santé impliqués dans la PEC du paludisme ayant reçu au moins une visite de supervision au cours du trimestre x 100 Dénominateur : Nombre total de prestataires impliqués dans la PEC du Paludisme	Rapport de supervision/ enquête	Mensuelle Bimestrielle Trimestrielle Semestrielle	PNLP, DRS, DPS, Structures
32	Pourcentage d'Agents de Santé Communautaires ayant reçu au moins une visite de supervision au cours du trimestre par les CS/ONG/Partenaires	Numérateur : Nombre d'Agents de Santé Communautaires ayant reçu au moins une visite de supervision au cours du trimestre par les CS/ONG/Partenaires x 100 Dénominateur : Nombre total d'ASC supervisés	Rapport de supervision/enquête	Mensuelle Bimestrielle Trimestrielle Semestrielle	PNLP, DRS, DPS, Structures

Annexe 3 : liste des participants au processus d'Élaboration du PSN

Nom et Prénoms	Fonction	Structure	Courriel
Pr CAMARA Alioune	Coordonnateur National	PNLP	alioune.camara@pnlp-guinee.org
Dr IRANDOUNO Claude	Coordonnateur National Adjoint	PNLP	claud.irandouno@pnlp-guinee.org
Dr DIALLO Amadou Sadio	Consultant National	PNLP	smbaboul@gmail.com
Dr TFEIL Abderrahmane	Expert OMS	OMS/MCATs, Côte d'Ivoire	kharchia@who.int
Dr DIAKITE Nouman	Resp Unité SE	PNLP	nouman.diakite@pnlp-guinee.org
Dr DIALLO Abdourahamane	Chargé de ROS	PNLP	abdoulcherifalways@gmail.com
Dr CISSE Mamadou Oury	Chargé PEC et de Formation	PNLP	doussouba.oulare@plan-international.org
Mr DIANE Kabinè	Chef Comptable	PNLP	kabine.diane@pnlp-guinee.org
Dr LOUA Lazare	Chargé Prévention	PNLP	loualazare92@gmail.com
Dr KEITA Ibrahima Kalil	Resp. Unité Prévention	PNLP	keitakalil25@gmail.com
Dr CAMARA Denka	Chargé de suivi Entomologique	PNLP	denkacamara@gmail.com
Dr BARRY Yaya	Point Focal CPS	PNLP	yaya.barry@pnlp-guinee.org
Dr TALL ALKhaly	Assistant LAV	PNLP	tallcisse61@gmail.com
Dr SAMOURA Moussa	Chargé de Planification SE	PNLP	moussasamoura410@gmail.com
Mr DIOUBATE Mohamed	Data Manager SE	PNLP	piazzacentre@yahoo.fr
Mr THEA Alexis	RAF	PNLP	alexis.thea@pnlp-guinee.org
Dr SIDIBE Hawa	Assistant Partenariat	PNLP	idibeewa4669@gmail.com
Mr CAMARA Moustapha	IT	PNLP	moustapha.camara@pnlp-guinee.org
Mr CONDE Ibrahima Sory	Contrôleur Financier	PNLP	ibrahimasory.conde@pnlp-guinee.org
Dr CAMARA Mohamed Binnè	Resp. Unité GAS	PNLP	binne.camara@pnlp-guinee.org
Dr LAMAH Pythagore	Chargé de GAS	PNLP	pythagore.lamah@pnlp-guinee.org
Dr CAMARA Ansoumane	Assistant GAS	PNLP	-
Dr MALE Sayi	Assistante GAS	PNLP	drsayimale@gmail.com
Dr PIVI Kolou Bie	Resp. Unité PEC	PNLP	pivi.kolou@pnlp-guinee.org

Dr SANDOUNO Christine	Chargé de Santé Communautaire	PNLP	sandounochristie@gmail.com
Dr DIABY Mamadou Mama	Point Focal Biologie au PEC	PNLP	diabypnlp@gmail.com
Dr CAMARA Delphine	Resp. Unité COM	PNLP	delphinepnlp@gmail.com
Mr SANOI Ibrahima	Chargé de COM	PNLP	sanoih97@gmail.com
Dr LAMA Agnès	Assistante COM	PNLP	agneslama50@gmail.com
Pr BALDE Moussa Naby	Directeur National	DNELM/MSHP	naby.balde@gmail.com
Pr SAKO Bafodé Bangaly	Directeur National Adjoint	DNELM/MSHP	sakofb@yahoo.fr
Dr SOW Mamadou Dian	Chef de Division SNIS	BSD/MSHP	diansow791@gmail.com
Dr CISSE Bintou	Chef de Section Planification	BSD/MSHP	Cissebintou560@gmail.com
Dr SANO Nagnouma	Chef UGL	DNPM/MSHP	snagnouma@yahoo.fr
Dr Marega Abdourahamane	Chef SAQ	DNPM/MSHP	dramarega@gmail.com
Dr CAMARA MGamet	CS F SE	DNSCMT/MSHP	
Keita Sambou	CPPP	DNELM/MSHP	keitasam54.skk@gmail.com
Dr SYLLA Younoussa	SNPS	MSHP	doctorsyllayounoussa@gmail.com
Dr CAMARA Aly	Responsable SE	PEV	camaraly@gmail.com
Dr BEAVOGUI Maké	Pharmacienne	IRS Kindia	makebeavogui@gmail.com
Dr SANDOUNO Hawa Madeleine	SBC	DPS Kindia	
Dr OULARE Doussouba	Coordinatrice Projet Palu	Plan int. Guinée	doussouba.oulare@plan-international.org
Mme BARRY Aye lama	Chargée de COM Genre égalité	Plan Int. Guinée	AyeLama.BARRY@plan-international.org
Dr KOUROUMA Djébory	PSM	Plan int. Guinée	Djebory.Kourouma@plan-international.org
Mr BARRY Mamadou H	Coordinateur Régional projet	Plan int. Guinée	Mamadouh.BARRY@plan-international.org
Dr KEITA Moussa Fanta	Coordinateur Régional MEAL	Plan int. Guinée	Moussafanta.keita@plan-international.org
Mme BOSSARD Celia	Conseillère Genre	Plan int. Canada	cBossard@plancanada.ca
Dr MBOUNGA Eliane	USAID Resident Advisor	USAID Guinea	embounga@usaid.gov
Dr BANGOURA Lamine	Malaria Specialist	PMI Guinea	LBangoura@usaid.gov
Dr GERARD Kuotu Christian	Data Specialist	PMI Guinea	gkuotu@usaid.gov
Mme GRIGGS Anne	CDC Resident Advisor	PMI Guinea	bfy7@cdc.gov
Dr CHAFFA Eveline Alyko	Chef de Projet	VectorLink/PMI	Evelyne_Alyko@pmivectorlink.com
Dr FELICIEN Paul Randriamanantenasoa	Directeur Projet FM	CRS	felicien.randriamanantenasoa@crs.org

Dr NTAMBUE Donatien	Directeur Projet FM	CRS	donatien.ntambue@crs.org
Dr CONDE Mohamed Saran	Chargé projet CPS	CRS	mohamedsaran.conde@crs.org
Dr GOMOU Soua	MEAL	CRS	soua.goumou@crs.org
Dr BERETE Souleymane	MEAL Officer	CRS	Souleymane.Berete@crs.org
Dr KEITA Dantouma	Chargé de Logistique	CRS	Dantouma.Keita@crs.org
Dr LAWSON, Agossa Charles Lebon	Spécialiste ICT4D	CRS	agossacharleslebon.lawson@crs.org
Dr DIALLO Fatoumata Battouly	Conseiller Prévention	CRS	fatoumatabattouly.diallo@crs.org
Dr DELAMOU Daloka	Conseiller PEC	CRS	daloka.delamou@crs.org
Mme SAMBY Aminata	Conseiller Communication	CRS	aminata.samby@crs.org
Dr SANDOUNO Emile Tamba	Gestionnaire HPI	CRS	TambaEmil.Sandouno@crs.org
Dr CONDE Sayon	Conseillère régionale Kindia	Chemonics	sayonconde1022@gmail.com
Mr TATON Jean Luc	Senior Project Manager West Africa	RTI Intertional	jtaton@rti.org
Dr KEITA Mamadou Sitan	Chef de projet	Notre Santé	mohamedsitann@gmail.com
Dr Hamidou BARRY	Conseiller régional	Notre Santé	habarry84@yahoo.fr
Dr CAMARA Hadja Fanta	Conseillère régionale	Notre Santé	minatafanta@gmail.com
Dr Diallo Abdoulaye	Chargé de programme	ChildFund	adiallo7@childfund.org
Dr Diallo Mamadou	Chef de Projet FM Malaria	ChildFund	MDiallo1@childfund.org
Dr DIALLO Abdoulaye	Chargé SE	ChildFund	ADiallo3@childfund.org
Mr TONGUINO Faya Bernard	Chargé de COM	Childfund	-
Mr SAMY Cé Richard	Chargé de SE	FMK	samyce38@gmail.com
Dr SAMOURA Demba	CSS ICN	ICN	docteursamourad@gmail.com
Dr KOUROUMA Mamady	Vice-Président	RENALP	-
Mle LENO Mama Beatrice	Communication	OSC	-
Mr SANE Ibrahima Sory	RFCOM	AJADIG	-