

**Evaluation de la couverture géographique et thérapeutique de
base des Maladies Tropicales Négligées (MTN) et l'actualisation
des sites sentinelles de lutte contre la Bilharziose dans la zone
d'intervention du PGIRE**

RAPPORT GUINEE

Décembre 2016

Présenté par Professeur Babacar FAYE

Liste des abréviations

BFS : Bassin du Fleuve Sénégal

MTN : Maladies Tropicales Négligées

FL : Filariose Lymphatique

OMVS : organisation pour la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal

PGIRE : Programme de Gestion Intégrée des Ressources en Eau

Sh : *Schistosoma haematobium*

Sm : *Schistosoma mansoni*

HKI : Helen Keller International

CHANCE : Chirurgie, Antibiothérapie, Nettoyage visage, Changement
Environnement

Liste des tableaux

Tableau IV : Traitement de masse au Praziquantel en 2012 en Guinée

Tableau V : Sites sentinelles et prévalence des schistosomiasés en 2009

Tableau VI : Cartographie des géohelminthiases dans les districts de BFS en Guinée

Tableau VII : Traitement de masse à l'Albendazole en 2010 en Guinée

Tableau VIII : Traitement de masse à l'Albendazole en 2012 en Guinée

Tableau IX : Cartographie de la Filariose Lymphatique en Guinée en 2005 et 2013

Tableau X : Taux de couverture géographique et thérapeutique obtenus au cours des TDM effectué en 2014 dans les districts endémiques du BFS en Guinée

Tableau XI : Taux de couverture géographique et thérapeutique obtenus au cours des TDM effectué en 2015 dans les districts endémiques du BFS en Guinée

Tableau XII : Taux de couverture géographique et thérapeutique obtenus au cours des TDM effectué en 2016 dans les districts endémiques du BFS en Guinée

Tableau XIII : Cartographies de l'Onchocercose effectuées en Guinée

Tableau XIV : Couvertures géographique et thérapeutique après Traitement de masse à l'Ivermectine en 2014 en Guinée

Tableau XV : Couvertures géographique et thérapeutique après Traitement de masse à l'Ivermectine en 2015 en Guinée

Tableau XVI : Couvertures géographique et thérapeutique après Traitement de masse à l'Ivermectine en 2016 en Guinée

Tableau XVII : Cartographies du trachome effectuées dans les districts du BFS en Guinée

Tableau XVIII : TDM en 2003 dans les districts du BFS en Guinée

Tableau XIX : TDM en 2015 dans les districts du BFS en Guinée

Tableau XX : TDM en 2016 dans les districts du BFS en Guinée

Table des matières

Introduction.....	1
Première partie.....	3
I. Contexte et justification de la mission.....	4
II. Objectifs et résultats attendus.....	7
II.1. Objectifs généraux.....	7
II.2. Objectifs spécifiques.....	7
II.3. Résultats attendus.....	8
Deuxième partie.....	9
I. Présentation de la Guinée.....	10
II. Régions du Bassin du Fleuve Sénégal.....	12
Troisième partie.....	14
I. Déroulement de la mission.....	15
II. Etat des lieux des MTN en Guinée.....	16
II.1. Schistosomiasés.....	16
II.2. Géohelminthiases.....	21
II.3. Filariose Lymphatique.....	25
II.4. Onchocercose.....	29
II.5. Trachome.....	32
III. Analyses et recommandations.....	35
Conclusion.....	39
Bibliographie.....	42

Introduction

Les maladies tropicales négligées (MTN) sont un groupe de maladies transmissibles qui sévissent dans les pays pauvres. Plus d'un milliard de personnes sont affectées par une ou plusieurs maladies tropicales négligées dans le monde, et la région africaine de l'OMS supporte près de la moitié de cette charge de morbidité mondiale. Selon des estimations récentes, la charge que représentent les MTN dans le monde serait au moins aussi élevée que celle du paludisme ou de la tuberculose. Tous les pays de la région du Bassin du Fleuve Sénégal (BFS) sont endémiques pour au moins une de ces MTN et au moins 5 MTN sont co endémiques dans trois pays sur quatre, perpétuant la pauvreté, en particulier dans les communautés les plus démunies, et entravant le développement socioéconomique.

Les efforts visant l'élimination des MTN s'intensifient. Suite à l'adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé de résolutions sur les MTN, les ministres de la Santé des États Membres de la Région africaine ont exprimé leur engagement à porter à l'échelle les interventions de lutte contre les MTN (OMS Afro 2013). Les engagements mondiaux en faveur du contrôle des MTN ont abouti, en janvier 2012, à la publication par l'Organisation mondiale de la Santé du document intitulé : «Agir plus vite pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées : feuille de route pour la mise en œuvre». En juin 2012, l'Appel à l'Action urgent d'Accra contre les MTN a exhorté toutes les parties prenantes à accélérer les efforts pour éliminer les MTN ciblées dans la Région africaine (WHO 2012).

Des progrès non négligeables ont été réalisés dans la mise en œuvre de stratégies de lutte contre les MTN et dans le renforcement de la capacité des programmes nationaux de lutte contre les MTN dans la Région africaine. Ces progrès ont rendu possible le contrôle voire l'élimination de certaines MTN, notamment la schistosomiase et les géohelminthiases, la filariose lymphatique et

l'onchocercose par une chimiothérapie préventive périodique. Ainsi, selon le Plan stratégique pour la lutte contre les maladies tropicales négligées dans la Région africaine 2014-2020, ces maladies devront être éliminées d'ici 2020.

Première partie

I. Contexte et justification de la mission

Le bassin du fleuve Sénégal est situé dans la partie Ouest de l'Afrique. Il est partagé par quatre pays à savoir la Guinée, le Mali, la Mauritanie et le Sénégal. La population du bassin du fleuve Sénégal estimée à environ 9 000 000 de personnes, dont 85% vivent à proximité du fleuve. Le bassin du fleuve Sénégal est drainé par un fleuve long de 1800 km; le deuxième plus long de cette région de l'Afrique. Il est divisé en trois grandes régions: le haut bassin, qui est montagneux, la vallée, et le delta, région d'une grande diversité biologique et qui abrite des zones humides. Les conditions topographiques, hydrographiques et climatologiques sont fort différentes entre ces régions, et connaissent de grands écarts de températures entre les saisons.



Figure 1 : carte du bassin du fleuve Sénégal

Source : http://www.pseau.org/gif/couv_ae_adour_garonne_un_exemple_de_cooperation_le_fleuve_senegal_2012.jpg.

Bien que l'agriculture constitue la principale activité du bassin, l'agriculture irriguée connaît une expansion fulgurante aussitôt après la mise en eau des barrages de Diama et Manantali (1986-1988). La pêche est sans doute l'activité économique la plus importante du bassin après l'agriculture, en

particulier pour les populations qui vivent à proximité du fleuve dans la vallée et le delta. L'élevage a également toujours été une activité économique majeure dans le bassin. Grâce à la capacité de charge assez élevée des pâturages au niveau des plateaux herbeux et des plaines d'inondations, les populations riveraines et plus lointaines pratiquent la transhumance et font de l'élevage extensif de bovins, caprins, et ovins.

Le régime d'écoulement du fleuve dépend essentiellement des pluies qui tombent dans le haut bassin en Guinée (environ 2000 mm/an). Dans la vallée et le delta, la pluviométrie est généralement faible et dépasse rarement 500 mm/an. La sécheresse des années 1970 a rendu cette situation encore plus difficile.

L'Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal (OMVS) a été mise en place en 1972 par trois des quatre Etats riverains (le Mali, la Mauritanie et le Sénégal) avec le mandat de «réaliser l'autosuffisance alimentaire des populations du bassin, d'améliorer leurs revenus, de préserver les équilibres écosystémiques, d'accélérer le développement économiques et de réduire sa vulnérabilité aux aléas climatiques». C'est dans ce cadre qu'elle avait procédé, dans les années 80, à la construction et la mise en service des barrages de Diama (1986) et Manantali (1988) sur le fleuve Sénégal, afin de promouvoir le développement des cultures irriguées (le riz en particulier) à l'échelle du bassin du fleuve Sénégal. En 2006, la Guinée a rejoint officiellement l'organisation.

Face au spectre de la désertification qui plane dans cette région sahélienne, ces ouvrages sont considérés comme le seul espoir d'avenir d'un pays que l'on craint de voir abandonné par ses habitants. En effet, l'impact de ces barrages sur les niveaux d'étiage est incontestable car les cotes qui passaient en dessous du niveau de la mer en période de faible hydraulité (en 1983/84) se maintiennent actuellement à un niveau supérieur à 1 m.

Les maladies hydriques associées aux grandes infrastructures hydrauliques ont encore des prévalences affectant négativement la santé et la productivité économique de la population du Bassin du fleuve Sénégal. La cartographie épidémiologique effectuée dans les pays membres de l'OMVS montre que la bilharziose, les géohelminthiases, le trachome, la filariose lymphatique et l'onchocercose touchent la quasi-totalité des régions des pays situés le long du bassin du fleuve Sénégal.

Face à la situation endémique des MTN dans le bassin du fleuve Sénégal, l'OMVS avec le financement de la Banque Mondiale a mis en place, dans le cadre de la première phase du Projet de Gestion Intégrée des Ressources en Eau (PGIRE), des actions de lutte contre la bilharziose et les géohelminthiases de 2008 à 2013.

Pour la deuxième phase du PGIRE, en cours de démarrage depuis juin 2014, et sur demande des Etats membres, il a été retenu d'étendre les activités de lutte contre les MTN pour prendre en compte toutes les cinq (5) MTN endémiques à chimio prévention dans le BFS. Les activités retenues pour la lutte contre ces MTN concernent l'organisation des campagnes intégrées de distribution des médicaments, la promotion de la santé communautaire à travers l'information, l'éducation et la communication, avec un accent particulier sur les mesures préventives, la mobilisation sociale, en appui aux campagnes de distribution de masse, le renforcement des capacités des acteurs, de la coordination et la collaboration transfrontalière.

Avant la mise en œuvre de ces activités et dans un souci d'assurer un meilleur suivi de leur impact, l'OMVS/PGIRE souhaite **une évaluation de la couverture géographique et thérapeutique de base de ces MTN** et l'actualisation des sites sentinelles de lutte contre la bilharziose identifiés lors de la première phase du PGIRE sur la base des données disponibles au niveau des Etats membres.

II. Objectifs et résultats attendus

II.1. Objectifs généraux

Il s'agissait :

- de réviser la répartition géographique (cartographie) de base des MTN dans la zone d'intervention du PGIRE II en calculant la couverture thérapeutique (Proportion, exprimée en pourcentage, des individus d'une population cible qui ont ingéré un médicament ou plusieurs médicaments lors des campagnes de traitement de masse) et la couverture géographique de base des MTN dans la zone d'intervention du PGIRE II ;
- D'actualiser les sites sentinelles pour le suivi d'impact des activités de lutte contre la bilharziose, dans la zone d'intervention du PGIRE II ;
- De proposer, sur la base des directives de l'OMS et la politique sanitaires des états membres, un plan pour le suivi d'impact au niveau de ces sites sentinelles (variables, modalités de collecte, fréquence...)

II.2. Objectifs spécifiques

Pour les Cinq MTN concernées au niveau de la zone d'intervention du PGIRE II, il s'agissait de :

- Réactualiser la répartition de chaque MTN afin d'orienter les traitements de masse dans la zone d'intervention du PGIRE II;
- Proposer, sur la base des directives de l'OMS, les stratégies (algorithmes) appropriées pour le traitement de masse intégré contre ces MTN ;
- Calculer la couverture thérapeutique et géographique de chaque maladie sur la base des données disponibles dans les pays;
- Identifier les partenaires impliqués dans la lutte contre les MTN, leurs domaines d'intervention et les actions prévues en parallèle avec les activités du PGIRE II ;

Spécifiquement pour la bilharziose :

- D'actualiser les sites sentinelles retenus en PGIRE I pour le suivi d'impact des activités de lutte contre la bilharziose dans la zone d'intervention du PGIREII ;
- D'élaborer un protocole permettant un meilleur suivi d'impact des activités de lutte contre la bilharziose au niveau des sites sentinelles (variables à collecter, fréquence de collecte, indicateurs de suivi, ...).

II.3. Résultats attendus

- Les couvertures géographiques et thérapeutiques de base des 5 MTN dans la zone d'intervention du PGIRE II sont évaluées ;
- Des sites sentinelles sont identifiés pour le suivi d'impact des activités de lutte contre la bilharziose dans la zone d'intervention du PGIRE II ;
- Des informations détaillées sur les partenaires impliqués dans la lutte contre les MTN, leurs domaines d'intervention et les actions prévues en parallèle avec les activités du PGIRE II au niveau de chaque pays ;
- Un protocole permettant un meilleur suivi d'impact des activités de lutte contre les MTN avec un accent particulier sur la schistosomiase au niveau des sites sentinelles (variables à collecter, fréquence de collecte, indicateurs de suivi, ...) est élaboré.

Deuxième partie

I. Présentation de la Guinée

Pays côtier, la Guinée est limitée à l'ouest par la Guinée Bissau et l'Océan Atlantique, au nord par le Sénégal et le Mali, à l'est par la Côte d'Ivoire et au sud par la Sierra Léone et le Libéria. Elle couvre une superficie de 245 857 Km². Du point de vue géo-écologique, la Guinée est subdivisée en quatre régions naturelles assez bien distinctes et homogènes.

- La Basse Guinée ou Guinée maritime constitue le bassin alluvionnaire des rivières côtières. Située dans la partie ouest du pays, elle est large de 150 km et s'étale le long de l'Océan Atlantique sur environ 300 Km de côte. Elle couvre près de 44 000 Km². Son climat est influencé par la mousson alizé maritime qui apporte d'abondantes précipitations sur la côte. La pluviométrie moyenne est partout supérieure à 1 800 mm, atteignant quelque fois 3 000 mm à Conakry. Les températures sont constamment élevées tout au long de l'année. La région est arrosée par de nombreux cours d'eau issus des versants occidentaux des massifs foutaniens. Ces cours irriguent de larges plaines propices à la culture du riz et offrent d'importantes potentialités énergétiques en amont. À cause de l'abondance des précipitations, la Basse Guinée est le domaine par excellence des cultures vivrières et des cultures de rentes (banane, ananas et palmier à huile). La proximité de l'Océan Atlantique favorise la pêche artisanale et l'aménagement de grands ports commerciaux et miniers et de nombreux débarcadères tout au long de la côte. Les énormes atouts de développement dont dispose cette région sont cependant très peu exploités.

- La Moyenne Guinée ou Fouta Djallon est une région de plateaux et de montagnes. Du fait que de nombreux cours d'eau y prennent leur source, cette région est appelée « Château d'eau de l'Afrique de l'Ouest ». Le climat tropical y est modifié en micro climat de montagne. Les précipitations y sont très peu abondantes. C'est une zone de pâturage, d'agrumes et de cultures potagères. À

cause de son relief montagneux et de l'ampleur de la dégradation de son écosystème, la Moyenne Guinée est la région la plus pauvre du point de vue agricole.

- La Haute Guinée est une région de savanes et de plateaux. Le Niger et ses affluents y ont entaillés des plaines humides en terrasses très favorables à la riziculture inondée. Du point de vue du climat, c'est la région la plus aride de la Guinée. Les précipitations varient entre 1 200 et 1 800 mm par an. La saison sèche dure de 7 à 8 mois et les températures moyennes y sont relativement élevées pendant presque toute l'année. Malgré l'existence de vastes plaines fluviales favorables à la culture du riz, la Haute Guinée n'a pas une agriculture prospère à cause d'épisodes fréquents de sécheresse. Elle est, par contre, une zone privilégiée de pêche fluviale et favorable à l'élevage.

- La Guinée Forestière doit son nom à la forêt humide qui couvrait la majeure partie de son territoire. Cette forêt a été progressivement détruite au fil du temps. On ne la retrouve plus que sous forme d'îlots sur les sommets montagneux et le long des cours d'eau. Son climat est de type subéquatorial avec des précipitations abondantes et quasi régulières tout au long de l'année (environ 8 à 9 mois). La pluviométrie moyenne annuelle varie entre 1 800 et 2 300 mm La température est douce tout le long de l'année et oscille autour de 25° C. La forêt dense et humide favorise la formation et la conservation des sols relativement épais, mais très sensible à l'érosion à cause du relief. Cette région est le domaine des cultures vivrières et des cultures industrielles (café, thé, cacao, palmier à huile hévéa etc.). La Guinée Forestière est une zone privilégiée de l'exploitation du bois [EDS 2012].

Le dernier recensement en 2014 estimée la population guinéenne à 10 523 261 habitants.

II. Régions du Bassin du Fleuve Sénégal

Quatre régions guinéennes sont localisées au niveau du BFS. Il s'agit de la région de Mamou qui comporte 3 districts sanitaires, la région de Labé qui compte 4 districts sanitaires, la région de Faranah qui compte 2 districts sanitaires et la région de Kankan avec un district sanitaire

II.1. Liste des districts sanitaires de la région de Mamou

1. DS de Mamou
2. DS de Dalaba
3. DS de Pita

Selon les données du troisième Recensement Général de la Population (RGP), la population de cette région était estimée à 480 511 habitants soit 4.5% de la population guinéenne.

II.2. Liste des districts sanitaires de la région de Labé

1. DS de Labé
2. DS de Mali
3. DS de Tougué
4. DS de Koubia

Selon les données du quatrième Recensement Général de la Population de 2014 (RGPH), la population de cette région était estimée à 831 389 habitants soit 7.9% de la population générale.

II.3. Liste des districts sanitaires de la région de Faranah

1. DS de Dinguiraye
2. DS de Dabola

La population de cette région est estimée à 377 606 habitants soit 3.5% de la population générale.

II.4. Liste des districts sanitaires de la région de Kankan

1. DS de Siguiri

La population de ce district est estimée à 687 002 habitants soit 6.5% de la population générale

Au total, la population de ces quatre régions du BFS en Guinée était estimée en 2014 à 2 376 508 représentants 22.5% de la population générale.

Troisième partie

I. Déroulement de la mission

I.1. Au niveau régional

Une revue documentaire a été faite avec l'expert santé du PGIRE sur les études antérieures concernant les maladies tropicales négligées, les rapports sur les traitements de masse.

Concernant les facilités administratives, il a été demandé à l'OMVS /PGIRE de produire une lettre d'introduction auprès de la cellule locale pour permettre à l'expert de réaliser la mission au niveau de la Guinée.

I.2. Au niveau de la Guinée

Du 8 au 12 Août 2016, le consultant s'est rendu à Conakry (Guinée) dans le cadre de la mission sur l'évaluation de la couverture géographique et thérapeutique de base des MTN et l'actualisation des sites sentinelles de lutte contre les bilharzioses dans la zone d'intervention du PGIRE.

A son arrivée, le consultant s'est rendu le premier jour au niveau de la cellule OMVS de Conakry où il a pu tenir une séance travail avec le coordonnateur de la cellule et le point focal MTN.

Au cours de cette séance, le consultant a exposé les objectifs de la mission, les résultats attendus et la liste des personnes ressources à rencontrer. Il s'agissait du Directeur de lutte contre la maladie du Ministère de la Santé, du point focal MTN et des différents coordonnateurs des programmes de lutte contre la Schistosomiase et les Géohelminthiases, le trachome, l'Onchocercose et la filariose lymphatique.

Des rendez-vous avaient déjà été pris par le point focal MTN de la cellule.

Le même jour, le consultant a rencontré le Directeur de la lutte contre la maladie de la Guinée puis le point focal MTN de la Guinée et le coordonnateur

du programme de lutte contre la bilharziose et les géohelminthiases pour un premier atelier de travail.

Ensuite des séances individuelles de travail ont été réalisées avec chaque programme pour collecter les informations sur les MTN en Guinée.

II. Etat des lieux des MTN en Guinée

II.1. Schistosomias

La séance de travail avec le coordonnateur du programme de lutte contre la bilharziose et les géohelminthiases a permis de récolter les données suivantes :

II.1.1. Cartographie des bilharzioses

En 2012, la population à risque de Schistosomias au niveau des districts du BFS est estimée à 1 436 549 habitants soit environ 60.4% de la population des 4 régions hors adultes cibles pour les régions de Labé, Faranah et Kankan (Tableau I).

Tableau I : Population cibles (enfants d'âge scolaire et adultes) dans les districts sanitaires du BFS en 2015

Districts éligibles	Population globale	Population < 5 ans	Population des enfants d'âge scolaire	Population adulte à risque de SCH
Mamou	318 981	63 796	54 324	15 950
Dalaba	133 677	26 735	25 538	6 684
Pita	278 530	55 706	37 462	13 927
Labé	318 938	63 788	46 850	15 947
Mali	288 001	57 600	31 033	14 400
Tougué	124 280	24 856	20 530	6 214
Koubia	100 170	20 034	14 914	5 009
Dinguiraye	196 469	39 294	20 308	157 175
Dabola	181 137	36 294	22 271	144 910
Siguiri	687 002	137 227	48 556	549 602
Total	2 376 508	525 436	321 786	929 818

Les dernières cartographies concernant la bilharziose au niveau des régions du bassin du fleuve Sénégal ont été réalisées en 2010 et 2014 selon les régions. Les résultats sont présentés au niveau du tableau II.

Tableau II : Cartographie des bilharzioses au niveau des districts du BFS

Régions	Districts sanitaires	Année de l'enquête	Population de l'année d'enquête	Schistosomiase urinaire et intestinale
Mamou	Mamou	2010	284 727	43,33%
	Dalaba	2014	133 677	0,4%
	Pita	2014	278 530	0%
Labé	Labé	2010	284 809	2,33%
	Mali	2014	288 001	7,6%
	Tougué	2014	124 280	0%
	Koubia	2014	100 170	11,6%
Farana	Dinguiraye	2014	196 469	50,4%
	Dabola	2010	161 755	3%
Kankan	Siguiri	2014	687 002	49,2%

Il ressort de cette cartographie que les prévalences varient de 0% à 50.4%. Les données de prévalence pour la schistosomiase urinaire pour la schistosomiase intestinale n'étaient pas disponibles.

II.1.2. Couvertures géographique et thérapeutique des TDM contre les bilharzioses au cours des 5 dernières années

Au cours des dernières années, la Guinée a réalisé des TDM en 2010 et en 2012 au niveau des districts sanitaires du BFS. Les tableaux III et IV donnent les taux de couvertures géographique et thérapeutique au cours de ces TDM.

Tableau III : Traitement de masse au Praziquantel en 2010

Districts	Population cible 5 – 14 ans	Population cible 5 – 14 ans traitée	Couverture thérapeutique	Population Adulte cible	Population Adulte cible traitée	Couverture thérapeutique
Siguiri	101,299	82,794	82%			
Dinguiraye	49,068	40,798	83%			
Dabola	43,221	33,511	78%			
Mamou	85,017	68,152	80%	34,007	30,523	90%
Dalaba	49,118	37,174	76%	19,647	18,098	92%
Pita	86,412	67,802	78%	34,565	9,531	28%
Labé	90,811	60,585	67%	0	0	
Mali	75,127	58,505	78%	0	0	
Koubia	33,183	26,716	81%	0	0	
Tougué	41,304	28,582	69%	0	0	
TOTAL	654,560	504,619	77%	88,219	58,152	66%

Tous les districts sanitaires du BFS ont bénéficié d'un TDM soit une couverture géographique de 100% du BFS. Les couvertures thérapeutiques variaient de 67% à 83%. Ainsi, 4 districts ont présenté une couverture thérapeutique supérieure à 80%. Il s'agissait des districts Suigiri, Dinguiraye, Mamou et Koubia.

En 2012, les mêmes districts ont bénéficié d'un TDM avec le praziquantel.

Tableau IV : Traitement de masse au Praziquantel en 2012 en Guinée

Districts	Population 5 – 14 ans Cible	Population 5 – 14 ans Cible traitée	Couverture thérapeutique	Population adulte cible	Population adulte cible traitée	Couverture thérapeutique
Siguiri	101 299	98 433	97. 17%			
Dinguiraye	49 068	47 719	97. 25%			
Dabola	43 221	41 883	96. 90%			
Mamou	85 017	82 399	96. 92%	340 069	329 667	96.94%
Dalaba	49 118	47 342	96. 38%	196 473	190 038	96.72%
Pita	86 412	83 704	96. 87%	345 649	334 623	96.81%
Labé	90 811	88 109	97. 02%			
Mali	75 127	72 907	97. 05%			
Koubia	33 183	32 172	96. 95%			
Tougué	41 304	39 514	95. 67%			
TOTAL	654 560	634 182	96. 89%	882 191	854 328	96.84%

La couverture géographique du BFS était de 100% avec des taux de couverture thérapeutique supérieurs à 95% dans l'ensemble des districts.

En définitive, les régions du BFS en Guinée ont bénéficié de 2 TDM au cours des 6 dernières années avec une couverture thérapeutique satisfaisante uniquement en 2012.

II.1.3. Sites sentinelles pour la surveillance des bilharzioses

En 2009, la Guinée disposait de 18 sentinelles de surveillance de la schistosomiase répartis dans les 4 régions de BFS.

Les résultats des enquêtes réalisées sont décrits dans le tableau V

Tableau V : Sites sentinelles et prévalence des schistosomiasés en 2009

Sites	Prévalence
	(%)
Tamagaly	2
Tolo	0
Dounet	0
Timbo	0
Bourouwil	2
Commune urbaine de Mamou	0
Commune urbaine de Labe	0
Tountouroun	0
Garambe	0
Franco-arabe Dheppere	6
Daralabe	2
Hafia	4
Commune urbaine de Dabola	0
Dogomet	0
Koolo	14
Arfa moussaya	0
Bissikirima	4
Banco	0
Total	1,9

En 2010 les sites sentinelles de Hafia, Biskirima et Herofello ont été visités par l'ONG CRS partenaire du PNLB de la Guinée.

En 2016 les sites sentinelles précédemment identifiés sont non fonctionnels selon la coordination du PNLB doivent être remis en fonction et renforcés par

l'ajout d'autres sites notamment dans les districts de Dinguiraye, de Mamou, de Koubia, de Siguiri et de Dalaba pour une meilleure cartographie avant de reprendre les stratégies de TDM.

II.1.4. Partenaires impliqués dans la lutte contre la Bilharziose

Plusieurs partenaires interviennent en Guinée dans le cadre de la lutte contre les bilharzioses. Il s'agit de :

- CRS qui travaille dans les régions de Mamou (Horéffelo), de Dabola (Biskirima) et Labé (Hafia)
- OMS qui assure un Appui technique au programme de lutte contre la Bilharziose

II.2. Géohelminthiases

II.2.1. Cartographie des Géohelminthiases

Les dernières cartographies concernant les géohelminthiases au niveau des régions du bassin du fleuve Sénégal en Guinée ont été réalisées en même temps que celles concernant les schistosomiasis.

Les résultats sont présentés au niveau du tableau VI.

Tableau VI : Cartographie des géohelminthiases dans les districts de BFS en Guinée

Régions	Districts sanitaires	Année d'enquête	Géohelminthiases (Année enquête)
Mamou	Mamou	2010	4,66%
	Dalaba	2014	29,14%
	Pita	2014	21,20%
Labé	Labé	2010	5%
	Mali	2014	1,60%
	Toughé	2014	0,80%
	Koubia	2014	1,20%
Farana	Dinguiraye	2014	4,40%
	Dabola	2010	3%
Kankan	Siguiri	2014	0,40%

La dernière cartographie de 2014 montre des taux non négligeables à Dalaba et Pita. Ailleurs les taux de prévalence étaient faibles.

II.2.2. Couvertures géographique et thérapeutique des TDM contre les géohelminthiases au cours des 5 dernières années

Les traitements de masse à l'Albendazole ont été couplés avec ceux utilisant le Praziquantel au niveau des groupes cibles représentant les enfants d'âge scolaire. Ils ont été menés en 2010 et 2012 dans les quatre régions du BFS.

Tableau VII : Traitement de masse à l'Albendazole en 2010

Districts	Population cible 5 – 14 ans	Population cible 5 – 14 ans traitée	Couverture thérapeutique
Siguiri	101,299	82,794	82%
Dinguiraye	49,068	40,798	83%
Dabola	43,221	33,511	78%
Mamou	85,017	68,152	80%
Dalaba	49,118	37,174	76%
Pita	86,412	67,802	78%
Labé	90,811	60,585	67%
Mali	75,127	58,505	78%
Koubia	33,183	26,716	81%
Tougué	41,304	28,582	69%
TOTAL	654,56	504,619	77%

Les couvertures thérapeutiques étaient inférieures à 80% dans 6 des 10 districts du bassin en 2010.

En 2012, les mêmes districts ont bénéficié du TDM (tableau VIII).

Tableau VIII : Traitement de masse à l'Albendazole en 2012

Districts	Population 5 – 14 ans Cible	Population 5 – 14 ans Cible traitée	Couverture thérapeutique
Siguiri	101 299	98 433	97 17%
Dinguiraye	49 068	47 719	97 25%
Dabola	43 221	41 883	96 90%
Mamou	85 017	82 399	96 92%
Dalaba	49 118	47 342	96 38%
Pita	86 412	83 704	96 87%
Labé	90 811	88 109	97 02%
Mali	75 127	72 907	97 05%
Koubia	33 183	32 172	96 95%
Tougué	41 304	39 514	95 67%
TOTAL	654 560	634 182	96 89%

La couverture thérapeutique s'est nettement améliorée avec des taux supérieurs à 95% dans l'ensemble des districts.

II.2.3. Partenaires impliqués dans la lutte contre les géohelminthiases en Guinée

Il s'agit de :

- CRS qui travaille dans les régions de Mamou (Horéffelo), de Dabola (Biskirima) et Labé (Hafia)
- OMS qui assure un Appui technique au programme de lutte contre la Bilharziose

II.3. Filariose Lymphatique

Endémique au niveau BFS, la filariose lymphatique nécessite un traitement de masse annuel.

II.3.1. Cartographie de la Filariose Lymphatique en Guinée

La cartographie qui a servi de base pour ces TDM a été réalisée en 2005. En 2013 une cartographie a été réalisée le district sanitaire de Labé et Koubia. Les résultats sont décrits au niveau du tableau IX.

Tableau IX : Cartographie de la Filariose Lymphatique en Guinée en 2005 et 2013

Régions	Districts sanitaires	Population de l'année d'enquête	Année de l'enquête	Prévalence Filariose lymphatique
Mamou	Mamou	Non disponible	2005	7%
	Dalaba	Non disponible	2005	7%
	Pita	Non disponible	2005	5%
Labé	Labé	372 153	2013	0%
	Mali	Non disponible	2005	3%
	Tougué	Non disponible	2005	2%
	Koubia	129 679	2013	0%
Faranah	Dinguiraye	Non disponible	2005	13%
	Dabola	Non disponible	2005	14%
Kankan	Siguiri	Non disponible	2005	4%

Il ressort de ces cartographies qu'en 2005, la prévalence de la filariose lymphatique était supérieure à 1% dans la région dans tous les districts sanitaires. Les prévalences les plus élevées étaient notées dans la région de Faranah avec 13% à Dinguiraye et 14% à Dabola.

En 2013, deux districts sanitaires ont bénéficié d'une cartographie : il s'agit du district de Labé et du district de Koubia. Les prévalences obtenues étaient nulles.

II.3.2. TDM réalisés en Guinée

Sur la base des chiffres des dernières cartographies, la Guinée a entrepris des campagnes de TDM au niveau des districts endémiques.

Les tableaux suivants (X, XI et XII) décrivent les TDM réalisés entre 2014 et 2016 au niveau des régions endémiques ainsi que les taux de couverture géographique et thérapeutique.

Tableau X : Taux de couverture géographique et thérapeutique obtenus au cours des TDM effectué en 2014 dans les districts endémiques du BFS

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou						
	Dalanba						
	Pita						
Labé	Labé						
	Mali						
	Toughé						
	Koubia						
Farana	Dinguiraye	2014	165 947	498 000	423 744	76,8%	100%
	Dabola	2014	147 630	442 000	309 350	77,4%	100%
Kankan	Siguiri	2014	147 630	442 000	309 350	77,4%	100%

Les districts sanitaires des régions de Faranah et Kankan ont bénéficié d'un TDM en 2014 avec un taux de couverture géographique de 100% et un taux de couverture thérapeutique supérieur à 75% (supérieur au taux recommandé par l'OMS).

En 2015, les chiffres suivants ont été obtenus (tableau XI).

Tableau XI : Taux de couverture géographique et thérapeutique obtenus au cours des TDM effectué en 2015 dans les districts endémiques du BFS

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou						
	Dalaba	2015	174 585	530 029	240 853	42,9%	83%
	Pita	2015	253 381	773 500	571 003	80,6%	100%
Labé	Labé						
	Mali						
	Toughé						
	Koubia						
Faranah	Dinguiraye	2015	171 091	514 500	368 073	72,7%	100%
	Dabola	2015	152 206	458 500	337 002	76,3%	100%
Kankan	Siguiri						

Quatre districts ont bénéficié d'un TDM : Les districts de Dalaba et Pita dans la région de Mamou et les districts de Dinguiraye et Dabola dans la région de Faranah. Le taux de couverture thérapeutique était faible dans le district de Dalaba avec 42.9% pour une couverture géographique de 83%. Dans les autres districts couverts, le taux de couverture thérapeutique était supérieur à 70% avec une couverture géographique de 100%.

En 2016, les chiffres suivants ont été obtenus (Tableau XII)

Tableau XII : Taux de couverture géographique et thérapeutique obtenus au cours des TDM effectué en 2016 dans les districts endémiques du BFS

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés prévus	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou	2016	333 170	805 000	729 081	87,4%	100%
	Dalaba	2016	139 623	340 500	266 930	83%	100%
	Pita	2016	290 921	698 226	599 707	79,7%	100%
Labé	Labé						
	Mali	2016	300 811	721 965	642 047	78,8%	100%
	Toughé						
	Koubia						
Faranah	Dinguiraye	2016	205 029	494 000	463 722	77,9%	100%
	Dabola	2016	189 194	455 500	401 909	77,9%	100%
Kankan	Siguiri	2016	717 562	1 722 500	1 653 491	86,6%	100%

Sept districts sanitaires ont bénéficié d'un TDM en 2016. Les taux de couverture thérapeutique variaient de 77% à 87% avec un taux de couverture géographique de 100% pour l'ensemble des districts.

Il ressort qu'au cours des trois dernières années, seuls les districts de Dinguiraye et Dabola ont réalisé 3 années successives de TDM avec des taux de couverture thérapeutique supérieurs à 75%. Les districts de Labé et Dalaba devront faire un TDM en 2017 pour avoir trois années successives de traitement.

II.3.3. Partenaires impliqués dans la lutte contre la FL en

Guinée

Il s'agit de :

- CRS qui est impliqué dans les TDM
- OMS qui assure un Appui technique.

II.4. Onchocercose

II.4.1. Cartographie de l'Onchocercose en Guinée

L'Onchocercose était endémique dans plusieurs districts de BFS en Guinée.

Des cartographies de la maladie effectuées en 2000 et 2014 ont montré des niveaux très faibles (Tableau XIII).

Tableau XIII : Cartographies de l'Onchocercose effectuées en Guinée

Régions	Districts sanitaires	Population de l'année d'enquête	Année d'enquête	Prévalence
Mamou	Mamou	318 738	2014	0,00%
	Dalaba			
	Pita			
Labé	Labé			
	Mali	Non Dispo	2000	1,40%
	Tougué	Non Dispo	2000	1,30%
	Koubia	Non Dispo	2000	0,00%
Faranah	Dinguiraye	195 662	2014	1,30%
	Dabola	182 951	2014	1,10%
Kankan	Siguiri	695 449	2014	0,70%

II.4.1. TDM contre l'Onchocercose réalisés en Guinée

Sur la base des résultats de 2014, des traitements de masse ont été organisés en 2014, 2015 et 2016 au niveau des districts de Dinguiraye, Dabola et Siguiri. Les données de ces TDM sont présentées dans les tableaux suivants.

Tableau XIV : Couvertures géographique et thérapeutique après Traitement de masse à l'Ivermectine en 2014

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés prévus	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou						
	Dalaba						
	Pita						
Labé	Labé						
	Mali						
	Toughé						
	Koubia						
Farana	Dinguiraye	2014	165 947	498 000	423 744	76,80%	100%
	Dabola	2014	147 630	442 000	309 350	77,40%	100%
Kankan	Siguiri						

La couverture géographique était de 100% dans les 2 districts où un TDM a été réalisé (Dinguiraye et Dabola) avec une couverture thérapeutique de 76.80% et 77.40% respectivement.

Tableau XV : Couvertures géographique et thérapeutique après Traitement de masse à l'Ivermectine en 2015.

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés prévus	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou						
	Dalaba	2015	174 585	530 029	240 853	42,9%	83%
	Pita	2015	253 381	773 500	571 003	80,6%	100%
Labé	Labé						
	Mali						
	Toughé						
	Koubia						
Farana	Dinguiraye	2015	171 091	514 500	368 073	72,7%	100%
	Dabola	2015	152 206	458 500	337 002	76,3%	100%
Kankan	Siguiri						

Sur les quatre districts ayant bénéficié d'un TDM en 2015, seul celui de Dalaba avait un taux de couverture thérapeutique faible de 42.9%. Pour les autres districts le taux de couverture thérapeutique était supérieur au taux minimum préconisé par l'OMS.

En 2016, 8 districts sur 10 ont bénéficié d'un TDM.

Tableau XVI : Couvertures géographique et thérapeutique après Traitement de masse à l'Ivermectine en 2016.

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés prévus	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou	2016	333 170	805 000	729 081	87,4%	100%
	Dalaba	2016	139 623	340 500	266 930	83%	100%
	Pita	2016	290 921	698 226	599 707	79,7%	100%
Labé	Labé						
	Mali	2016	300 811	721 965	642 047	78,8%	100%
	Toughé	2016	129 809	290 500	255 532	75,7%	100%
	Koubia						
Farana	Dinguiraye	2016	205 029	494 000	463 722	77,9%	100%
	Dabola	2016	189 194	455 500	401 909	77,9%	100%
Kankan	Siguiri	2016	717 562	1 722 500	1 653 491	86,6%	100%

La couverture thérapeutique était supérieur à 75% dans l'ensemble des districts avec une couverture géographique de 100%

Les districts de Dinguiraye et Dabola ont bénéficié de trois années consécutives de TDM tandis que les districts de Dalaba et Pita ont bénéficié de 2 années consécutives de TDM.

II.4.3. Partenaires impliqués dans la lutte contre l'Onchocercose en Guinée

Les partenaires impliqués dans la lutte contre l'Onchocercose en Guinée sont :

- CRS
- OMS

II.5. Trachome

II.5.1. Cartographie du Trachome en Guinée

Les dernières cartographies sur le trachome ont porté sur l'ensemble des districts du BFS et ont été effectuées entre 2011 et 2014. Les prévalences obtenues étaient élevées dans les districts de Dinguiraye, Dabola et Siguiri nécessitant un TDM.

Le tableau XVII détaille les années de cartographie et les prévalences obtenues.

Tableau XVII : Cartographies du trachome effectuées dans les districts du BFS en Guinée

Régions	Districts sanitaires	Population de l'année d'enquête	Année d'enquête	Trachome folliculaire (1 -9 ans)	TT chez > 15 ans
Mamou	Mamou	318 738	2014	5,60%	0,30%
	Dalaba	136 320	2014	2%	0,20%
	Pita	277 059	2014	6,10%	0,40%
Labé	Labé	383 689	2014	2,60%	0,40%
	Mali	240 079	2013	5,30%	0,70%
	Tougué	179 454	2013	3,20%	0,10%
	Koubia	129 679	2013	2,10%	0,10%
Faranah	Dinguiraye	195 147	2011	37,19%	3,05%
	Dabola	173 607	2011	34,17%	2,98%
Kankan	Siguiri	506 743	2013	16,60%	5,20%

II.5.2. TDM contre le Trachome réalisé en Guinée

Les résultats des TDM réalisés en 2014, 2015 et 2016 sont présentés dans les tableaux XVIII, XIX et XX suivants :

Tableau XVIII : TDM en 2003 dans les districts du BFS en Guinée

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés prévus	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou						
	Dalaba						
	Pita						
Labé	Labé						
	Mali						
	Toughé						
	Koubia						
Farana	Dinguiraye	2014	195 662	195 662			
	Dabola	2014	182 951	184 537	142 976	77,48%	100%
Kankan	Siguiri	2014	506 742	506 742	448 152	88,44%	100%

Avec une couverture géographique de 100%, un taux de couverture thérapeutique supérieur à 75% dans l'ensemble des districts sanitaires.

Tableau XIX : TDM en 2015 dans les districts du BFS en Guinée

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés prévus	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou						
	Dalaba						
	Pita						
Labé	Labé						
	Mali						
	Toughé						
	Koubia						
Farana	Dinguiraye	2015	199 967	199 967	176 036	88%	100%
	Dabola	2015	186 976	186 976	172 943	92%	99%
Kankan	Siguiri	2015	438 648	438 648	458 428	85%	100%

Tableau XX : TDM en 2016 dans les districts du BFS en Guinée

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés prévus	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou						
	Dalaba						
	Pita						
Labé	Labé						
	Mali						
	Toughé						
	Koubia						
Farana	Dinguiraye	2016	205 209	205 209	183 676	97%	100%
	Dabola	2016	189 194	189 194	191 307	93%	100%
Kankan	Siguiri	2016	717 562	717 562	699 235	97%	100%

Il ressort que tous les districts concernés ont effectué trois années successives de TDM permettant de répondre aux directives de l’OMS avec des couvertures thérapeutiques élevés.

II.5.3. Partenaires impliqués dans la lutte contre le Trachome au Mali

Il s'agit de CRS Guinée qui participe dans la stratégie CHANCE

III. Analyses et recommandations

III.1. Schistosomiasis

Malgré l'endémicité des Schistosomiasis, la Guinée n'a réalisé que 2 TDM en 2010 et en 2012.

La cartographie réalisée en 2014 après ces TDM a montré des prévalences non négligeables à Mamou, Dinguiraye et Siguiri alors que dans les autres districts, des prévalences inférieures à 10% ont été notées.

Au regard de ces disparités, des mesures particulières devront être prises en tenant compte des spécificités de chaque districts.

Ainsi pour l'ensemble des districts, nous recommandons à l'OMVS de réaliser une nouvelle cartographie en 2017 avec une augmentation des sites sentinelles pour avoir une situation des schistosomiasis urinaire et intestinale.

Pour les districts de Mamou, Dinguiraye et Siguiri, en cas de confirmation des chiffres obtenus lors de la cartographie de 2014, nous recommanderons à l'OMVS la mise en œuvre de 5 années successives de TDM en mettant à la disposition du PNLN toutes les ressources nécessaires pour assurer une couverture géographique de 100% et une couverture thérapeutique adéquate.

En outre pour mieux comprendre les raisons de la persistance de la schistosomiasis dans ces districts nous recommandons à l'OMVS

1. D'aider le PNLB à étudier et à comprendre les facteurs ayant entraîné ces taux relativement élevés en y incluant des études socio anthropologiques et environnementales.
2. De maintenir actifs tous les sites sentinelles avec des enquêtes régulières pour avoir des données des schistosomiasis dans le BFS pour répondre aux principes directeurs du plan stratégique de lutte contre les MTN ;
3. Prendre toutes les dispositions nécessaires pour assurer une fourniture en intrants pour les TDM et permettre une supervision correcte des activités de terrain;
4. Renforcer les supports d'IEC et le dialogue communautaire pour mieux impliquer les populations dans les stratégies de lutte. En effet, l'engagement des personnes affectées par une MTN ou à risque d'en contracter est primordial pour garantir le succès des interventions.
5. Renforcer l'implication du Ministère de l'enseignement par le biais des enseignants dans les TDM et de prendre en charge les coûts additionnels.

III.2. Géohelminthiases

Les dernières enquêtes de prévalences réalisées en 2014 montrent des niveaux variés. Ainsi, deux districts présentent des prévalences supérieures à 20% (Dalaba et Pita) tandis que les autres districts ont des prévalences inférieures à 5% avec notamment moins de 1% dans les districts de Toughé et Siguiré.

Deux TDM ont été réalisés en 2010 et 2012 avec des taux de couverture thérapeutique supérieur à 95% en 2012.

Cependant en accord avec le programme de lutte contre les géohelminthiases, nous recommandons :

1. La réalisation d'enquêtes de confirmation des prévalences avec augmentation des sites sentinelles et de la taille des échantillons (données

- insuffisantes). En effet, il peut y avoir des disparités à l'intérieur des districts sanitaires nécessitant une adaptation des stratégies de lutte ;
2. En cas de confirmation des données de 2014, effectuer un TDM tous les ans dans les districts avec une prévalence supérieure à 10% ;
 3. Pour une efficacité de ces TDM, assurer la fourniture en Albendazole ;
 4. Augmenter les ressources financières pour permettre au programme national d'assurer une supervision régulière dans le but de maintenir les acquis ;
 5. Le Renforcement des supports d'IEC et du dialogue communautaire pour mieux impliquer les populations dans les stratégies de lutte.
 6. Le Renforcement de l'implication du Ministère de l'enseignement plus particulièrement des enseignants dans les TDM et prendre en charge les coûts liés à leur participation.

III.3. Filariose Lymphatique

La Guinée a entrepris des TDM depuis 2014 sur la base des résultats de la dernière cartographie réalisée dans le pays. Cependant en 2016, seuls deux districts avaient réalisé trois années consécutives de TDM sur les 7 districts concernées.

Concernant les données de morbidité, aucune prévalence n'a pu être collectée

Ainsi, nous recommandons :

1. La poursuite des TDM pour les 4 districts qui ont démarré cette stratégie en 2015 ou en 2016 pour réaliser nombre de TDM minimal préconisé par l'OMS
2. Pour les districts de Dinguiraye et Dabola, réaliser une enquête de prévalence et adapter la stratégie de TDM (arrêt et surveillance ou poursuite) en fonction des résultats obtenus ;

3. La mise en place de stratégies de détection, d'identification et de prise en charge des complications (hydrocèles, éléphantiasis) ;
4. Le renforcement de la collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Paludisme pour le renforcement des mesures préventives avec notamment la distribution de masse de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) et la mise en œuvre des mesures d'assainissement permettant une lutte contre les vecteurs.

III.4. Onchocercose

La dernière enquête de prévalence réalisée en 2014 avait montré des prévalences inférieures à 2% dans certains districts. Ainsi, la Guinée a entrepris un TDM dans ces districts entre 2014 et 2016.

Les districts de Dinguiraye et Dabola ont bénéficié de trois années consécutives de TDM tandis que les districts de Dalaba et Pita ont bénéficié de 2 années consécutives de TDM.

Nous recommandons à l'OMVS en collaboration avec les partenaires du programme National, de poursuivre les TDM pour réaliser le nombre minimum de TDM recommandé par l'OMS et de procéder à la suite une enquête d'impact.

III.5. Trachome

Depuis 2014, la Guinée a entrepris des TDM au niveau de trois districts sanitaires que sont Dinguiraye, Dabola et Siguiri. Des taux de couverture thérapeutique et géographique satisfaisants ont été obtenus au cours de trois années consécutives de TDM.

Ainsi, nous recommandons l'OMVS de réaliser avec le programme national de la Guinée une enquête d'impact en 2017 afin de définir les mesures à prendre pour éliminer cette maladie dans les districts du BFS de la Guinée.

Conclusion

Les maladies tropicales négligées (MTN) sont un groupe de maladies transmissibles qui sévissent dans les pays pauvres. Tous les pays de la région du Bassin du Fleuve Sénégal (BFS) sont endémiques pour au moins une de ces MTN

Depuis quelques années, les efforts visant le contrôle et l'élimination de ces maladies se sont accentués. Ainsi à l'instar l'OMS, les états membres de la Région africaine ont exprimé leur engagement à porter à l'échelle les interventions de lutte contre les MTN. En juin 2012, l'Appel à l'Action urgent d'Accra contre les MTN a exhorté tous les pays à accélérer les efforts pour éliminer les MTN ciblées dans la Région africaine. Ces objectifs peuvent être rapidement atteints pour certaines MTN bénéficiant d'une chimiothérapie préventive périodique. Il s'agit en particulier de la schistosomiase et des géohelminthiases, de la filariose lymphatique, de l'onchocercose et du Trachome.

C'est pourquoi, l'OMVS dans le cadre du PGIRE II a décidé d'étendre ses activités à ces 5 MTN endermiques dans le BFS. En effet, au cours du PGIRE 1, seules la schistosomiase et les géohelminthiases étaient prises en compte.

Ainsi pour le PGIRE II, les activités retenues pour la lutte contre ces MTN concerneront l'organisation des campagnes intégrées de distribution des médicaments, la promotion de la santé communautaire à travers l'information, l'éducation et la communication, la mobilisation sociale, en appui aux campagnes de distribution de masse, le renforcement des capacités des acteurs, de la coordination et la collaboration transfrontalière.

Cependant, pour une application efficiente de ces activités et dans un souci d'assurer un meilleur suivi de leur impact, l'OMVS/PGIRE doit disposer de données sur la couverture géographique et thérapeutique de base de ces MTN.

Concernant spécifiquement les schistosomiasés, des informations précises sur les sites sentinelles fonctionnels sont nécessaires pour un meilleur suivi de l'impact des activités à mettre en œuvre.

Ainsi, les objectifs de cette mission étaient :

- de collecter des données sur la prévalence (cartographie) de base des MTN dans la zone d'intervention du PGIRE II

- de déterminer la couverture thérapeutique et la couverture géographique de base des MTN dans la zone d'intervention du PGIRE II ;

Spécifiquement pour la bilharziose :

- D'actualiser les sites sentinelles pour le suivi d'impact des activités de lutte contre la bilharziose, dans la zone d'intervention du PGIRE II ;

- De proposer, sur la base des directives de l'OMS et la politique sanitaires des états membres, un plan pour le suivi d'impact au niveau de ces sites sentinelles.

La mission de collecte en Guinée s'est déroulée du 8 au 12 Août 2016 et a permis de collecter des données sur les dernières cartographies des différentes MTN, la fréquence de TDM ainsi que les couvertures géographique et thérapeutique de chaque MTN.

Ainsi pour la bilharziose, les dernières cartographies réalisées en 2010 et en 2014 ont montré des taux de prévalence de la Schistosomiasé hétérogène en fonction des districts sanitaires. Ainsi, en 2010 deux districts ont été visités avec une prévalence de 43.3% à Mamou et 3% à Dabola. En 2014, les huit autres districts du BFS ont été cartographiés avec 49.2% à Siguiri, 50.4% à Dinguiraye et 11.6% à Koubia. Les autres districts présentaient des prévalences inférieures à 10%. Concernant les sites sentinelles, la Guinée disposait de 18 sentinelles de surveillance de la schistosomiasé en 2009. En 2016, ces sites n'étaient plus fonctionnels selon le PNLB. La recommandation en tenant compte des attentes du programme est de les rendre tous fonctionnels et d'augmenter leur nombre

pour certains districts de manière à couvrir l'ensemble du BFS avec au minimum 2 sites par district sanitaire.

Concernant les géohelminthiases, la cartographie de 2009 dans deux districts (Mamou et Dabola) a donnée des prévalences inférieures à 10%. En 2014, la même tendance a été observée dans les districts restants à l'exception de Dalaba (29.14% et Pita 21.20%. La distribution de masse de l'Albendazole a été effectuée en 2012 avec une couverture thérapeutique élevée a certainement permis de réduire fortement la prévalence. Cependant, des enquêtes de confirmation sur un plus grand nombre de sites et avec un échantillonnage plus important permettront de confirmer ces tendances et d'adapter les stratégies de lutte

Pour la filariose lymphatique et l'Onchocercose des TDM ont été entrepris depuis les trois dernières années avec deux districts concernés en 2014, quatre en 2015 et 8 en 2016. Cependant, malgré des taux de couverture théapeutique et géographique satisfaisant dans l'ensemble, la poursuite de ces TDM sera nécessaire pour au moins six des huit districts concernés. De même, l'absence de données sur les morbidités nécessite de mettre place un programme de surveillance, de détection et de prise en charge.

Quant au Trachome, seuls trois districts sanitaires que sont Dinguiraye, Dabola et Siguiri sont concernés. Les TDM entrepris ces trois dernières années ont montré des couvertures thérapeutique et géographique satisfaisants d'où la nécessité de réaliser des enquêtes d'impact qui permettront de réviser les stratégies de lutte. Dans son programme PGIRE II, l'OMVS devra avoir comme point de mire, l'atteinte des objectifs de lutte contre les MTN fixés pour 2020. Ceci requiert comme le stipule le plan stratégique de lutte contre les MTN en région africaine, « une approche multisectorielle et transfrontalière, moyennant la collaboration avec d'autres secteurs tels que l'eau, l'assainissement, la gestion de l'environnement, l'éducation et le bien-être social. Par conséquent, en plus de

la chimiothérapie préventive, d'autres interventions opérationnelles visant l'élimination des MTN qui se prêtent à la chimiothérapie préventive sont l'éducation en santé, l'accès à l'eau potable, l'amélioration de l'assainissement et de l'environnement ».

Bibliographie

1. Stratégie régionale sur les maladies tropicales négligées dans la région africaine 2014-2020. OMS comité régional de l'Afrique.

Soixante-troisième session Brazzaville, République du Congo. Septembre 2013 AFR /RC63/10.

2. Agir plus vite pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées: feuille de route pour la mise en œuvre.WHO

WHO/HTM/NTD/2012.1

3. Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2014. Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) - Ministère de l'Economie, du Plan et de l'Intégration

4. Enquête Démographique et de Santé (EDS MICS) 2012. Institut National de la Statistique. Ministère du Plan Conakry, Guinée

5. Plan stratégique pour la lutte contre les maladies tropicales négligées dans la Région africaine 2014-2020. Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Afrique Brazzaville, 2013.

6. Chimio-prévention des helminthiases chez l'homme : utilisation coordonnée des médicaments anthelminthiques pour les interventions de lutte : manuel à l'intention des professionnels de la santé et des administrateurs de programmes. Organisation mondiale de la Santé 2008.