

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME**

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



**POLITIQUE NATIONALE DE
LUTTE CONTRE LE
PALUDISME
AU MALI**

Préface

Sur 3,3 milliards de personnes à risque en 2006, on estime à près de 247 millions le nombre annuel de cas de paludisme dans le monde pour la plupart chez les enfants de moins de cinq ans qui restent de loin les plus exposés au risque de décès par paludisme avec un million de décès par an (WHO, World Malaria Report, 2008).

Ce même rapport indique que le paludisme est endémique dans 109 pays, dont 45 sont situés dans la Région africaine. Les pertes économiques dues au paludisme pour l'Afrique sont énormes. Ce qui fait de cette maladie un véritable fléau qui freine le développement du continent.

Pour inverser cette tendance, l'accès aux interventions de la lutte antipaludique, notamment les moustiquaires, s'est fortement amélioré en Afrique entre 2004 et 2006. Les progrès de la lutte antipaludique se sont vivement accélérés depuis 2006, suite à l'appel du Secrétaire Général des Nations Unies pour une couverture universelle de cette lutte d'ici la fin de l'année 2010.

Au Mali, le paludisme est responsable de 37,5% des motifs de consultation dans les services de santé (SLIS 2007). Il représente la première cause de décès des enfants de moins de 5 ans et la première cause d'anémie chez les femmes enceintes. Pour lutter efficacement contre le paludisme, le pays s'est doté d'une politique nationale de lutte contre le paludisme en 1993 suite à sa participation à la conférence ministérielle d'Amsterdam et a adhéré à l'initiative Roll Back Malaria/ Faire reculer le paludisme en 1999.

Cette politique s'inspire de la déclaration dite d'Abuja (25 avril 2000) et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), qui réaffirment l'engagement de la communauté internationale à agir ensemble pour réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme pour la réduction de la pauvreté.

Mais c'est surtout devant le constat de la multiplication des foyers de résistance à la chloroquine que ce médicament laissera place aux dérivés d'Artémisinine combinées à d'autres molécules efficaces appelées Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA). Les options thérapeutiques actuellement retenues sont :

- Artemether - luméfantrine ;
- Artesunate – amodiaquine.

La stratégie nationale de lutte contre le paludisme au Mali est multi sectorielle avec l'implication des communautés, de la société civile, du secteur privé et des Partenaires au développement.

Des mesures nécessaires seront prises pour la mise en œuvre efficace sur l'ensemble du territoire national [de la stratégie qui constitue le socle de la nouvelle politique.](#)

Les responsables socio sanitaires, les responsables politiques et administratifs, les partenaires au développement et les communautés sont invités à considérer ce document de politique et les directives techniques qui le renforceront comme la référence nationale en matière de lutte contre le paludisme et à se l'approprier pour « un Mali sans paludisme. »

Bamako, le

Le Ministre de la Santé

Oumar Ibrahima Touré

Sommaire	Pages
I. CONTEXTE	8
Géographie	8
Ecosystème climatique	8
Caractéristiques socio démographiques	9
Organisation sanitaire	9
Situation épidémiologique	10
II . JUSTIFICATION	12
III. ORIENTATIONS NATIONALES POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME	13
IV. OBJECTIFS	13
V. STRATEGIES	14
Mesures préventives	14
Prise en charge des cas	16
Lutte contre les épidémies du paludisme	18
Communication	18
Recherche opérationnelle	18
Partenariat	19
VI . ACTIONS A REALISER	20
VII. MOYENS DE MISE EN ŒUVRE	21
VIII. SUIVI EVALUATION	21

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO	Association de Santé Communautaire
AS-AQ	Artésunate- Amodiaquine
AS- LU	Arteméther- Luméfantrine
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de Référence
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DEAP	Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires
DHS	Demographic and Health Survey
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENIP	Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme
F CFA	Franc de la Communauté Financière – Africaine
FMPOS	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie
FRP	Faire Reculer le Paludisme
GP/SP	Groupe Pivot/ Santé Population
IEC	Information, Education, Communication
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
Km	Kilomètre
Km2	Kilomètre carré
LNS	Laboratoire National de la Santé
MICS	Malaria Indicators Child Survey
MILD	Moustiquaires Imprégnées Longue Durée
MIS	Malaria Indicators Survey
MM (mm)	Millimètres
MRTC	Malaria Research and Training Center
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PID	Pulvérisation intra domiciliaire
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PPM	Pharmacie Populaire du Mali

PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PRM	Présidence de la République du Mali
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
%	Pourcentage
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
Pv/VIH	Personnes vivant avec le VIH
RAOPAG	Réseau Ouest Africain pour la Prévention du Paludisme pendant la Grossesse
RAOTAP	Réseau Ouest Africain pour la Politique du Traitement du Paludisme
RBM	Roll Back Malaria
RGP/H	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SDAME	Schéma Directeur D'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SIMR	Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
TDR	Tests de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
USD	Dollar Américain

I. CONTEXTE :

1.1. Géographie

Le Mali est un vaste pays continental de l'Afrique de l'Ouest situé dans la zone soudano sahélienne et saharienne. Sa superficie est de 1 241 238 Km². Il est limité:

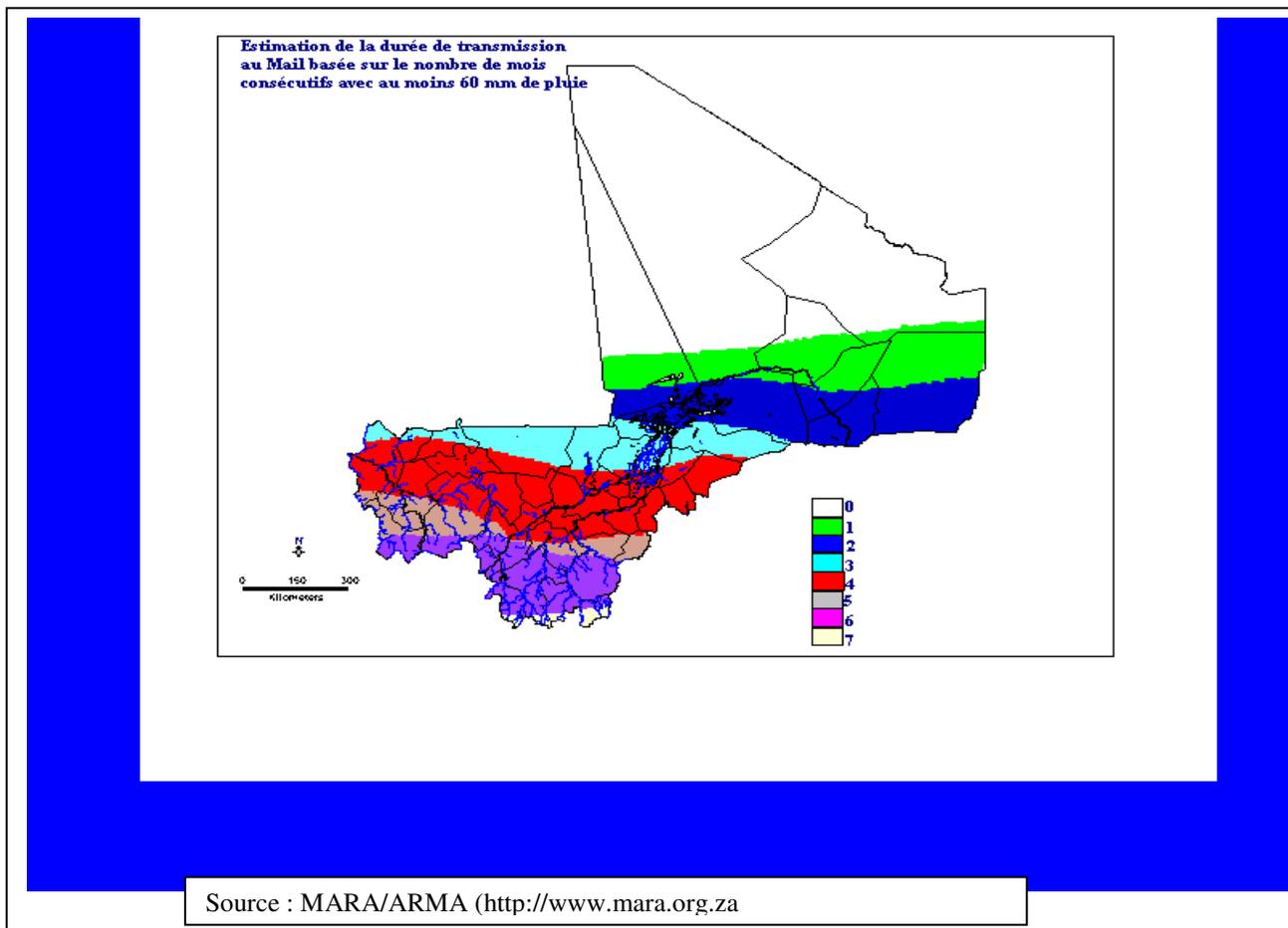
- au Nord par l'Algérie ;
- à l'Est par le Niger et le Burkina Faso ;
- à l'Ouest par le Sénégal et la Mauritanie ;
- au Sud par la Guinée, la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso.

1.2. L'écosystème climatique :

On distingue 3 zones climatiques au Mali :

- la zone soudanienne, à l'extrême sud du pays avec une pluviométrie de 1500 mm d'eau environ par an ;
- la zone sahélienne, au centre recevant 200 à 800 mm d'eau par an ;
- la zone saharienne, qui occupe la moitié nord du pays, les précipitations y sont irrégulières, voire accidentelles et très souvent inférieures à 200 mm d'eau par an.

Carte du Mali : Estimation de la durée de la transmission du paludisme au Mali basée sur le nombre de mois consécutifs avec au moins 60 mm de pluie.



1.3. Les caractéristiques socio démographiques :

Le Mali compte 12 299 691 habitants (RGPH, 1998) actualisé en 2008 dont 68,0 % vivent en milieu rural.

- Les femmes enceintes représentent 5% de la population (soit environ 674985 femmes enceintes).
- Les enfants de moins de 5 ans représentent 18% de la population (soit environ 2 213 944 enfants).

Les autres indicateurs socio démographique selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDSM IV) de 2006 sont :

- le taux de natalité : 45 pour 1000 ;
- le taux de mortalité infantile : 96 pour 1000 ;
- le taux de mortalité juvénile : 105 pour 1000 ;
- le taux de mortalité infanto- juvénile : 191 pour 1000 ;
- le taux de mortalité maternelle : 464 pour 100 000 naissances vivantes ;
- le taux d'analphabétisme reste élevé surtout chez les femmes : 82% ;
- le taux de femme sans instruction 73% ;
- le taux brut de mortalité dans la population est de 17,3 pour 1000(RGPH 1998).

1.4. Organisation du système de santé :

L'organisation du système sanitaire est de type pyramidal avec la participation communautaire décentralisée s'articulant autour de trois niveaux :

- le Niveau central qui joue un rôle de conception, d'appui stratégique, d'évaluation, de mobilisation des ressources et de prise de décisions politiques ;
- le Niveau intermédiaire ou régional qui joue un rôle d'appui technique au niveau opérationnel ;
- le Niveau opérationnel qui joue un rôle de planification, d'organisation, d'exécution et de suivi des opérations au niveau périphérique à travers les Plans de Développement Socio Sanitaire de Cercle (PDSSC).

La mise en œuvre de la politique sectorielle de santé a abouti à l'élaboration des Plans de Développement Socio Sanitaire de Cercle (PDSSC) définissant l'outil de base de la planification décentralisée (la carte sanitaire des services socio sanitaires des cercles).

Cette carte sanitaire est constituée par les aires de santé (villages situés dans un rayon de 15 km et couvrant une population d'au moins 5000 habitants) au sein desquelles les populations sont organisées en Associations de Santé Communautaires (ASACO) pour la gestion des Centres de Santé Communautaires (CSCoM).

Le Centre de santé communautaire constitue le premier échelon de la nouvelle pyramide sanitaire c'est à son niveau que se déploie le Paquet Minimum d'Activité (PMA).

1.5. Situation épidémiologique du paludisme au Mali :

Les fièvres présumées palustres représentent le premier motif de consultation dans les services de santé (**37,5% SLIS 2007**). Le paludisme constitue un problème également chez les femmes enceintes où il est à l'origine de la moitié des anémies et de la plupart des faibles poids de naissance (SLIS, 1999).

Le paludisme est endémique au Mali avec une intense transmission au cours de la saison pluvieuse dont la durée est variable en fonction des zones éco climatiques. Mais des poussées épidémiques sont souvent observées dans certaines localités de la zone subsaharienne.

Au Mali, il y a une extrême variabilité de la situation épidémiologique en fonction des faciès géo climatiques (Doumbo, 1992). Plusieurs zones de transmission ont été décrites :

- une zone soudano guinéenne à transmission saisonnière longue de 4 à 6 mois ;
- une zone de transmission saisonnière courte de 3 à 4 mois ;
- une zone de transmission sporadique voire épidémique couvrant les régions du Nord et certaines localités des régions de Koulikoro, Ségou, Mopti et Kayes;

- des zones de transmission bi ou plurimodale comprenant le delta intérieur du fleuve Niger et les zones de barrage;
- des zones peu propices à l'impaludation particulièrement les milieux urbains comme Bamako et Mopti où le paludisme est hypo endémique.

II. JUSTIFICATION:

Suite à la multiplication des foyers de résistance à la chloroquine, le Mali a révisé en 2005 la politique nationale de lutte contre le paludisme. Les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) ont été introduites dans les formations sanitaires publiques en juin 2007.

Les récents développements de la lutte antipaludique tels que l'accès universel aux services et les recommandations du comité technique du PRODESS de juin 2008 nécessitent une adaptation de la politique au nouveau contexte.

La disponibilité de ressources financières au niveau international ainsi que l'appréciation de l'impact en santé publique de cette couverture universelle à l'opposé de la couverture ciblée (pour les enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes comme dans le passé) ont permis aux décideurs, au Fonds Mondial et à la Banque Mondiale d'être réceptifs à la mise à échelle rapide du paquet d'interventions pour mieux contrôler le paludisme dans les pays endémiques comme le Mali.

III ORIENTATIONS NATIONALES POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

La lutte antipaludique au Mali s'inspire fortement de l'initiative « Faire reculer le paludisme », du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté et des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

3.1 Vision de la politique :

Le présent document vise un Mali sans paludisme.

3.2 Missions de la Direction du Programme National de Lutte contre le Paludisme

Déjà en 1993, le Mali avait mis en place un Programme National de Lutte contre le Paludisme.

Depuis le 18 juillet 2007, l'ordonnance N° 07-022/P-RM ratifiée par la loi N°07-060 du 30 Novembre 2007 a créé le Programme National de Lutte contre le Paludisme qui a pour mission d'animer et de coordonner les activités se rapportant à la lutte contre le paludisme.

IV OBJECTIFS

4.1 Objectif général

Réduire la morbidité et la mortalité attribuées au paludisme d'au moins 50% d'ici 2010 par rapport à 2000 et de 80% d'ici 2015 la létalité palustre par rapport à 2005.

4.2 Objectifs spécifiques :

- Atteindre une couverture universelle en MILD à travers la distribution gratuite lors de la routine et des campagnes de masse sur l'ensemble du territoire national ;
- Atteindre une couverture universelle en SP à travers la distribution gratuite aux femmes enceintes sur l'ensemble du territoire national ;
- Atteindre une couverture universelle pour la prise en charge des cas à travers un traitement précoce et correct des cas de paludisme
- Développer des interventions à base communautaire rapprochant la prévention, le diagnostic et le traitement le plus près possible des ménages.

V. AXES STRATEGIQUES :

5.1 Mesures préventives

La prévention est une composante majeure de la lutte contre le paludisme. Elle est axée sur le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine et la lutte anti vectorielle intégrée. .

a) Traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine :

Le médicament pour le traitement préventif intermittent (TPI) reste la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP). Le TPI doit être mis en œuvre à tous les niveaux du système de santé.

Des directives seront développées pour les groupes cibles : femmes enceintes et groupes spéciaux (sujets neufs, immunodéprimés, drépanocytaires, femmes séropositives).

La sulfadoxine pyriméthamine est gratuite chez la femme enceinte et doit être administrée à raison de 2 cures de 3 comprimés de Sulfadoxine - Pyriméthamine supervisées et espacées d'au moins un mois, entre le 4ème et le 8ème mois de la grossesse.

b) La lutte anti vectorielle intégrée :

La lutte anti vectorielle a pour but de réduire voire arrêter la transmission du paludisme. Elle reposera essentiellement sur :

b. 1. Lutte contre les vecteurs adultes

Cette lutte est basée sur :

b .1.1 La promotion des supports imprégnés d'insecticide:

Les moustiquaires imprégnées d'insecticide seront distribuées gratuitement aux femmes enceintes au cours de la Consultation Périnatale (1^{er} contact) et aux enfants de moins de 5 ans après la vaccination anti rougeoleuse et tout autre contact. Des mécanismes seront mis en place pour aller à la couverture universelle.

Ces moustiquaires devront être des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée de rémanence et porter une mention qui les distinguera de celles du commerce.

Pour permettre le passage à l'échelle de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, le partenariat entre le secteur privé, le secteur public et la société civile sera développé.

b. 1. 2. La pulvérisation intra domiciliaire

L'objectif de la pulvérisation intra domiciliaire (PID) est la réduction de la population vectrice

La PID sera retenue comme l'une des composantes majeures de la lutte anti vectorielle.

Dans un premier temps, elle se fera sous forme d'un projet pilote qui servira de base pour le renforcement de capacités des structures du Ministère en PID.

Le passage à l'échelle sera envisagé après une évaluation de cette phase pilote.

Des dispositions réglementaires seront prises pour faciliter l'acquisition des produits insecticides dans l'optique de la décentralisation et la contractualisation des futures interventions.

b.1.3. L'aménagement de l'environnement :

L'accent sera mis sur l'amélioration de l'habitat.

Il se fera avec une forte implication des collectivités décentralisées et de la société civile.

b. 2. La lutte anti larvaire

L'accent sera mis sur la promotion de l'hygiène et de l'assainissement du milieu pour la destruction des gîtes larvaires.

La recherche opérationnelle sera encouragée dans ses composantes : biologique, chimique et génétique.

Des directives seront développées pour la détermination des intrants.

b.3 Approvisionnement en MILD et insecticides.

Le schéma d'approvisionnement en moustiquaires imprégnées à longue durée et insecticides repose sur la mise en place d'un système de distribution efficace par les secteurs publics et privés.

Les moustiquaires étant volumineuses, il convient d'accorder une attention particulière à leur stockage et à leur acheminement vers les communautés périphériques cibles.

Durant la planification des campagnes de distribution, il faut prendre en compte particulièrement le temps nécessaire pour l'approvisionnement, le stockage et le transport afin que les MILD soient mises à disposition en quantités suffisantes au moment et à l'endroit voulus.

Les MILD doivent être gratuites ou fortement subventionnées et disponibles à la proximité immédiate des communautés ciblées.

L'information et l'éducation en continu constituent deux facteurs essentiels pour l'adhésion de la communauté et l'observance des recommandations.

5. 2 Prise en charge des cas

5. 2.1. Le traitement du paludisme simple

L'objectif du traitement du paludisme est de guérir l'infestation. Cela permet de prévenir la progression vers une forme grave et d'éviter la morbidité supplémentaire associée à un échec thérapeutique.

Les combinaisons Artesunate - Amodiaquine (AS - AQ) et Artemether - Lumefantrine (AT - LU) sont retenues pour le traitement du paludisme simple, sur la base des recommandations de l'OMS et des résultats de recherches effectuées au Mali sur les monothérapies et les CTA.

Dans le cas du paludisme simple, il faut traiter par la quinine (IM) lorsque la voie orale est inaccessible pour les cas de **diarrhées ou** vomissements.

Les CTA seront utilisées par le personnel de santé à tous les niveaux pour traiter les cas de paludisme simple.

Pour assurer la sécurité des patients et garantir une adhésion durable au traitement, le plan national de pharmacovigilance sera élaboré et fortement appuyé.

Des stratégies seront développées pour la prise en charge au niveau communautaire.

5.2.2 Diagnostic du paludisme

Un diagnostic rapide et précis du paludisme entre dans le cadre d'une prise en charge efficace de la maladie.

Le diagnostic est basé sur des critères cliniques complétés par un diagnostic biologique.

Le diagnostic biologique doit être fait (test de diagnostic rapide / microscopie) si possible avant l'administration des CTA.

Le TDR et le traitement seront offerts gratuitement aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes.

Pour les Tests de Diagnostic Rapide (TDR), le Paracheck® est retenu grâce à sa spécificité au *Plasmodium falciparum* à 90% et sa sensibilité à 95%. Toutefois, le pays pourra utiliser tout TDR pré qualifié par l'OMS.

5.2.3. Le traitement du pré transfert

Les dérivés de l'artémisinine qui sont les médicaments recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé et le Fonds Mondial seront utilisés dans notre pays :

- Artemether injectable
- Artesunate suppositoire
- Quinine

5.2.4. Le traitement du paludisme grave et compliqué

L'objectif du traitement antipaludique en cas de paludisme grave est de prévenir le décès. En cas de paludisme chez la femme enceinte, l'objectif principal est de sauver la vie de la mère.

La quinine et l'artemether injectables sont retenus pour traiter les cas de paludisme grave et compliqué. Ces cas seront pris en charge après confirmation par le personnel de santé.

La prise en charge des cas de paludisme grave et compliqué chez les enfants de moins de 5 ans et la femme enceinte sera gratuite.

Tout cas de paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme grave et doit être traité avec la quinine.

5.2.5 Approvisionnement en médicaments et kits pour le diagnostic.

La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) assurera l'approvisionnement en CTA, Kits de paludisme grave et en TDR. La distribution se fera à travers le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de distribution en Médicaments Essentiels (SDAME).

La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) assurera la supervision du SDAME.

Le Laboratoire National de la santé assurera le contrôle de qualité des intrants.

En vue d'atteindre une couverture universelle, des mécanismes de subvention seront mis en place pour faciliter la distribution des médicaments et TDR.

5.3. La Lutte contre les épidémies de paludisme

Le Mali présente plusieurs faciès épidémiologiques palustres avec des zones à risque d'épidémie surtout la zone sahélo saharienne : Gao, Tombouctou, Kidal, Kayes, Ségou, Mopti et Koulikoro. Les limites de ces zones seront redéfinies. La gestion de l'épidémie se fera dans le cadre du système de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR).

La surveillance épidémiologique sera renforcée par la mise en place de sites sentinelles et la prise en compte des données pluviométriques nationales en collaboration avec les services de météorologie et les institutions de recherche. Les mesures d'urgence, en cas d'épidémie, à exécuter de façon simultanée seront :

- a) le traitement complet en 3 jours des cas de paludisme simple par l'Artemether - Lumefantrine (AT - LU) dans les cas d'épidémies ;
- b) le traitement de cas graves par la quinine ;
- c) la pulvérisation intra domiciliaire ;
- d) la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides.

5.4 La Communication

Les activités de communication dans le cadre de la politique de lutte contre le paludisme seront développées dans ses différentes composantes :

- le plaidoyer en direction des leaders politiques et des partenaires ;
- la mobilisation sociale en direction de tous les intervenants ;
- la communication pour le changement de comportement (CCC).

Un plan intégré de communication sera développé pour la mise en œuvre des différentes stratégies de lutte contre le paludisme.

5.5 La recherche opérationnelle

Des recherches opérationnelles accompagneront la mise en œuvre de la nouvelle politique de lutte contre le paludisme. Les domaines prioritaires suivants seront explorés :

- le suivi et l'évaluation des échecs thérapeutiques avec les CTA ;
- le suivi de la qualité des médicaments et des tests de diagnostic rapide ;
- le suivi de la distribution des médicaments et des tests de diagnostic rapide ;
- le suivi de l'utilisation correcte des médicaments et des tests de diagnostic rapide ;
- le suivi de l'efficacité des médicaments ;
- l'étude sur la prise en charge du paludisme avec les CTA au niveau communautaire ;
- la surveillance moléculaire du *Plasmodium sp et Anopheles s.l.*
- le suivi de l'efficacité et la résistance aux insecticides ;
- l'efficacité et la résistance aux larvicides ;
- l'évaluation de la rémanence des insecticides de la Pulvérisation Intra Domiciliaire ;
- l'évaluation de l'impact de la Pulvérisation Intra Domiciliaire sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme ;

- l'évaluation des paramètres entomologiques de transmission ;
- l'étude sur l'utilisation des CTA chez la femme enceinte à partir du deuxième trimestre ;
- l'efficacité du TPI/SP chez les enfants de moins de 5 ans et les enfants d'âge scolaire ;
- les enquêtes de ménages type Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme (ENIP/MIS) ;
- l'étude sur la durabilité et l'efficacité des Moustiquaires imprégnées d'insecticide ;
- l'enquête CAP sur la perception des moustiquaires imprégnées d'insecticide ;
- l'évaluation de l'efficacité des plantes médicinales.

5.6 Partenariat

Partenariat communauté, société civile, coopération

La politique sectorielle de santé et de population est basée sur la participation et la responsabilisation de la communauté à la gestion du système de santé à travers le District sanitaire mais aussi sur la différenciation des fonctions par niveau. La planification sectorielle de la santé, tient compte des ressources disponibles et celles mobilisées auprès de tous les partenaires Etat, Privés, ONG, PTF, et au premier chef, les populations bénéficiaires.

Dans la dynamique de la mise en œuvre de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme / Roll Back Malaria (FRP/RBM), le cadre du partenariat est bien tracé au Mali. Le processus de décentralisation entamé au Mali permet d'obtenir l'engagement des collectivités dans la lutte contre le paludisme à travers la participation communautaire en matière de lutte contre la maladie.

Les ONG/Associations dont la plupart sont réunies au sein du GP/SP travaillent avec le Programme National de Lutte contre le Paludisme dans la promotion des activités de lutte contre le paludisme.

Partenariat public/ privé

Le partenariat existe avec des structures de santé privées, parapubliques et confessionnelles.

Il est nécessaire d'élargir le partenariat aux différents ordres professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, sages-femmes) et groupements de commercialisation des moustiquaires imprégnées.

Collaboration sous-régionale

Plusieurs cadres de partenariat et de collaboration existent avec les pays et les institutions sous-régionales, notamment :

- ❖ RAOTAP : Plaidoyer, suivi de la résistance du *Plasmodium falciparum* aux antipaludiques usuels, renforcement des capacités des prestataires de services;
- ❖ RAOPAG : Plaidoyer, suivi de la stratégie de prévention du paludisme pendant la grossesse, renforcement des capacités des prestataires de services;
- ❖ UEMOA : cadre adéquat d'échange en matière de santé, approvisionnement en médicaments essentiels et élaboration des textes réglementaires de détaxe ;

- ❖ OOAS : à travers la fusion des anciennes structures de lutte contre les grandes endémies, l'organisation constitue un cadre nouveau offrant des possibilités de coopération en matière de lutte contre le paludisme notamment les financements des réseaux RAOTAP et RAOPAG ;
- ❖ Commissions mixtes de coopération bilatérales avec les pays amis, en particulier ceux frontaliers.

VI. ACTIONS A REALISER :

La mise en œuvre de la politique reposera sur les interventions programmées dans les différents plans stratégiques et opérationnels.

VII. MOYENS DE MISE EN ŒUVRE.

Les moyens sont essentiellement ceux de l'Etat, des collectivités, des communautés et des partenaires. La gestion est assurée par les mécanismes existants de coordination du système de santé.

VIII. SUIVI ET EVALUATION

Le suivi et l'évaluation des activités resteront du ressort du Ministère de la Santé à travers le Comité d'Orientation du Programme National de lutte contre le Paludisme. A ce titre, il suivra les progrès enregistrés par rapport à la mise en œuvre des stratégies et activités pour l'atteinte des objectifs fixés en examinant leurs résultats et leur impact sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme.

Diverses stratégies sont prévues pour évaluer régulièrement et/ou périodiquement le niveau des indicateurs de processus, de résultats et d'impact du programme conformément aux cibles fixées.

Le plan national de suivi évaluation sera le document unique de référence. Sa mise en œuvre se fera à travers les stratégies suivantes :

- le renforcement des capacités en suivi/évaluation des équipes de la Direction du PNLP et des autres structures impliquées dans la lutte contre le paludisme pour une meilleure harmonisation des concepts et des méthodes;
- l'élaboration et/ou révision des outils du système de suivi/évaluation en y intégrant les informations sur le paludisme (outils de collecte, outils de suivi, etc.);
- la constitution de bases factuelles sur le paludisme avec des mises à jour régulières des indicateurs retenus dans le Plan de suivi/évaluation;
- la mise en place des mécanismes de contrôle de la qualité des données collectées sur le paludisme se fera à travers :

- la supervision formative des agents aux niveaux intermédiaire et opérationnel ;
- *le monitoring de routine* : classiquement les formations sanitaires et les sites sentinelles collectent les données et les transmettent aux différents niveaux selon la hiérarchie de la pyramide sanitaire, soit mensuellement ou trimestriellement. Ces données sont analysées semestriellement lors des monitorages afin de prendre des décisions ;
- la mesure des indicateurs de couverture et/ou d'effets des interventions se fera à travers des enquêtes nationales représentatives:
 - les enquêtes ménages de type EDS, MIS ou MICS, peuvent être qualitatives et/ou quantitatives et permettront de renseigner sur les connaissances, attitudes et pratiques des communautés ,d'une part, mais aussi le niveau de couverture des principaux services fournis aux personnes cibles dans les communautés enquêtées ,d'autre part ;
 - les enquêtes dans les formations sanitaires pour collecter les informations sur les moyens et la qualité des prestations de soins fournies aux bénéficiaires.

La diffusion des rapports se fera auprès des différents acteurs, partenaires et décideurs du pays.

L'évaluation du programme se fera à mi-parcours et en fin de programme.