

MINISTERE DE LA SANTE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME**

Tel : 20 22 32 54/ 20 22 32 56



PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2013-2017

Août 2013

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	10
Vision : "Un Mali sans paludisme "	11
Mission et Principes directeurs	11
Orientations stratégiques et Priorités.....	11
1.1. Situation géographique.....	2
1.2. Système sociopolitique.....	2
1.3. Données démographiques	3
1.4. Ecosystème, environnement et climat	4
1.5. Situation socio-économique	4
1.6. Analyse du système de santé	6
1.6.1. Politique et stratégie nationale de santé	6
1.6.2. Système de santé public	7
1.6.2.1. Description	7
1.6.2.2. Prestations de soins	7
1.6.2.3. Système national d'approvisionnement et de gestion des produits pharmaceutiques et autres intrants	9
1.6.2.4. Ressources humaines pour la santé	12
1.6.2.5. Système national de suivi/évaluation et de Recherche en Système de Santé	15
2. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME	21
2.1. Profil épidémiologique du paludisme.....	21
2.2. Performance du Programme de lutte contre le Paludisme.....	28
III. CADRE STRATEGIQUE DU PLAN	49
3.1. Vision	49
3.2. Mission et Principes directeurs.....	49
p.....	Erreur ! Signet non défini.
3.4. But, objectifs, résultats attendus.....	50
IV. INTERVENTIONS ET STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE	51

4.1. Lutte contre les vecteurs du paludisme	51
4.2. Diagnostic et prise en charge du paludisme:	52
4.3. Prévention du paludisme au cours de la grossesse	52
4.4. Préparation et réponse aux épidémies de paludisme et aux situations d'urgence	53
4.5. Plaidoyer, IEC et Mobilisation Sociale	53
4.6. Surveillance, Suivi & Evaluation et Recherche opérationnelle.....	53
4.7. Renforcement institutionnel de la coordination du Programme.....	54
V. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN.....	54
5. 1. Cadre de performance	54
5.2. Suivi des progrès	54
5.3. Evaluation de l'impact et des résultats	54
VI. GESTION DU PROGRAMME	55
6.1. Ressources humaines.....	55
6.2 Planification et mise en œuvre	56
6.3. Coordination des partenariats.....	57
6.4. Système de gestion des achats et des stocks.....	57
6.5. Gestion des ressources financières	57
7.1. Résumé du budget par intervention:.....	58
7.2. Résumé du budget par catégorie de coût.....	59
VIII – MOBILISATION DES RESSOURCES	60
8.1. Cartographie des donateurs et stratégie de mobilisation des ressources	60
8.2. Analyse des écarts budgétaires du Plan stratégique 2013-2017	61
IX. ANNEXES DU PLAN STRATEGIQUE	62
Bibliographie.....	63
11. Proposition consolidée du Fonds Mondial pour la période 2013-2017.....	63
ANNEXE 2 : Organigramme du PNLP	64
ANNEXE 4.....	85
CADRE STRATEGIQUE DU PLAN SUIVI/EVALUATION 2013-2017	85

5.2. Interventions pour renforcer le système de suivi/évaluation.....	85
5.3. Résultats attendus.....	86
Besoins en intrants antipaludiques	87
Budget détaillé du plan stratégique 2013-2017.....	88
Cadre de performance du plan stratégique 2013-2017.....	105

SIGLES ET ACRONYMES

ABG	Appui Budgétaire Global
ABS	Appui Budgétaire Sectoriel
ALU	Artémether Luméfantrine
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANTIM	Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque Mondiale
BTI	Bacillus turgensis israelis
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CDC	Center for Diseases Control
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCM	Country Coordination Mechanism
CCSC	Communication pour le Changement Social et de Comportement
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMM	Consommation Moyenne Mensuelle
CNAM	Centre National d'Appui à la Maladie
CNIECS	Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé
COMPACT	Accroître les efforts et les ressources pour la Santé en vue de l'atteinte des OMD
CPM	Chef de Poste Médical
CPN	Consultation Périnatale
CPNR	Consultation Périnatale Recentrée
CPS/ MS	Cellule de Planification et de Statistique/ Ministère de la Santé
CPSe	Chimio-Prévention Saisonnière chez l'enfant
CROCEP	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS
CREDOS	Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSCR	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté

CSRéf	Centre de Santé de Référence
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CTB	Coopération Technique Belge
DCI	Dénomination Commune Internationale
DRDS-ES	Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire
DEAP	Département de l'Epidémiologie et des Affections Parasitaires
DHS	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
DMT	Département de Médecine Traditionnelle
DNS	Direction Nationale de la Santé
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
DRC	Dépôt Répartiteur de Cercle
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSR	Division de la Santé de la Reproduction
DV	Dépôt de Vente
EDSM	Enquête Démographique et de Santé du Mali
EIP	Enquête sur les Indicateurs du Paludisme
EPH	Etablissement Public Hospitalier
F CFA	Francs de la Communauté Financière Africaine
FAD	Fonds Africain de Développement
FE	Femme Enceinte
FED	Fonds Européen de Développement
FM	Fonds Mondial
FMSTP	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FRP	Faire Reculer le Paludisme
GTZ	Coopération Technique Allemande
GFATM	Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria
IBC	Interventions à Base Communautaire
INFSS	Institut National de Formation en Sciences de la Santé
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
IDH	Indice du développement Humain
IEC	Information, Education, Communication

IHB	Infirmierie Hôpital de Bamako
IHK	Infirmierie Hôpital de Kati
IHP	International Health Partnership
ILM	Initiative Leadership Ministeriel
INFSS	Institut national de Formation en Sciences de la Santé
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
IP	Indice Plasmodique
IRA	Infection Respiratoire Aigue
IRS	Indoor Residual Spraying
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JAP	Journée Africaine du Paludisme
JNV	Journées Nationales de Vaccination
Kg	Kilogramme
Km	Kilomètre
Km2	Kilomètre carré
LAP	Lutte Anti Paludique
LFA	Local Fund Agent (Agent local du Fonds Mondial)
LIV	Lutte Intégrée contre les Vecteurs
LNS	Laboratoire National de la Santé
MAT	Médicaments Traditionnel Améliorés
MICS	Multiple Indicators Cluster Surveys
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
MSF	Médecins Sans Frontières
MILD	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides Longue Durée
MIS	Malaria Indicators Surveys
MRTC	Malaria Research and Training Center
MTA	Médicament Traditionnel Amélioré
MTI	Matériaux Traités aux Insecticides
ND	Non Disponible
NA	Non Application
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMVS	Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile

OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau né
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PEC	Prise En Charge des Cas
PECADOM	Prise en Charge à Domicile
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PID	Pulvérisation intra domiciliaire
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	Presidential Malaria Initiative
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PP	Prévalence Parasitaire
PPP	Partenariat Public et Privé
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PVM	Projet Villages du Millénaire
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
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
RECOMSA	Réseau des Communicateurs en Santé
RECOTRADE	Réseau des Communicateurs Traditionnels pour le Développement
RGP/H	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RPP	Revue de Performance du Programme
RTA	Rapport Trimestriel d'Activités
SDADME	Schéma Directeur D'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels
SEC	Soins Essentiels au niveau de la Communauté
SIAN	Semaine d'Intensification des Activités de Nutrition
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte
SIS	Système d'Information Sanitaire

SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SSP	Soins de Santé Primaires
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
TDR	Tests de Diagnostic Rapide
TPR	Trésorier payeur Régional
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence américaine de Développement International
USD	Dollar Américain
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme remercie l'ensemble des acteurs pour leur contribution de taille dans l'élaboration de ce document. Il s'agit de :

- ✓ les services centraux du ministère de la santé ;
- ✓ les autres départements ministériels ;
- ✓ les partenaires techniques et financiers ;
- ✓ les universités et les institutions de recherche ;
- ✓ les experts internationaux (OMS, UNICEF, RBM,) ;
- ✓ les équipes des Directions Régionales de la Santé ;
- ✓ les équipes des Hôpitaux ;
- ✓ la société civile (CCM, FENASCOM, ONG, Coalition du secteur privé) ;
- ✓ l'équipe du PNLP.

Le Ministère de la Santé adresse sa reconnaissance à tous ceux et à toutes celles qui ont œuvré pour soutenir et faciliter la production de ce plan stratégique, fruit d'un processus participatif élargi à l'ensemble des intervenants en matière de lutte contre le paludisme.

RESUME

Le Mali a élaboré et mis en œuvre deux plans stratégiques depuis son engagement dans l'initiative « Roll Back Malaria » en 1998. La Revue de Performance du Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP) a été réalisée en Août 2011 en vue de l'élaboration d'un nouveau Plan Stratégique National pour la période 2013 – 2017.

La revue a permis d'évaluer la performance du Programme en dégageant les forces et les faiblesses de la lutte pour une meilleure planification des activités des cinq prochaines années.

Le présent Plan Stratégique est conçu pour une période de cinq ans. Les objectifs de ce plan sont en étroite ligne avec les orientations de la Politique Nationale de Santé et de population, les axes stratégiques du Plan Décennal de Développement Socio-Sanitaire (PDDSS) 2012-2021, le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) 2012-2016 et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 2015.

Vision : "Un Mali sans paludisme ".

Mission et Principes directeurs

La mission du Programme est d'assurer à toute la population un accès universel et équitable aux interventions de lutte antipaludique dans le cadre de la politique nationale de santé.

Orientations stratégiques et Priorités

Les principales interventions du plan stratégique 2013-2017 portent sur les priorités suivantes :

- assurer un accès universel aux mesures de prévention pour 100% de la population à risque de paludisme, notamment l'utilisation des MILD, du TPI chez les femmes enceintes et de la CPSe;
- assurer la protection de 100% de la population des zones ciblées par la PID;
- assurer la confirmation biologique (TDR, microscopie) de 100% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires publiques, parapubliques, confessionnelles, communautaires, privées;
- assurer la confirmation biologique pour 100% des cas suspects de paludisme vus par les agents de santé communautaires (TDR);
- assurer la prise en charge correcte de 100% des cas de paludisme confirmés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et chez les agents de santé communautaires;
- renforcer un système de surveillance sentinelle (épidémiologique, entomologique) pour les zones à transmission instable de paludisme;
- renforcer le système de surveillance épidémiologique intégré du paludisme au niveau de tous les districts sanitaires et hôpitaux en vue de produire des données hebdomadaires de qualité permettant de prendre une décision adéquate en cas de nécessité ;
- renforcer la communication en vue d'un changement social et de comportement des populations en faveur de la prévention et de l'utilisation précoce des services de santé en cas de fièvre;

- redynamiser le système de surveillance et de suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme, notamment la mise en place d'un système de surveillance de routine fonctionnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris les hôpitaux;
- renforcer la recherche opérationnelle par des études et des enquêtes sur les interventions de lutte contre le paludisme;
- renforcer le partenariat « Faire Reculer le Paludisme » pays en vue de mobiliser un financement viable prenant en compte les contributions de l'Etat et d'autres opportunités de financement;
- renforcer la collaboration inter-pays en matière de lutte contre le paludisme;
- renforcer les capacités managériales du Programme et les mécanismes de coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

But

Contribuer à la réduction du fardeau du paludisme à un niveau où il ne constitue plus une cause majeure de morbidité et de mortalité, ni une barrière au développement économique et social.

Objectifs

D'ici fin 2015 et au-delà:

1. Réduire les décès liés au paludisme à un chiffre proche de zéro;
2. Réduire les cas de paludisme d'au moins 75% par rapport à 2000;
3. Renforcer les capacités de coordination et de gestion du Programme.

Afin de mieux assurer ses nouvelles missions, le PNLP doit être réorganisé et consolidé. Ses ressources humaines seront renforcées ainsi que ses capacités techniques.

Le budget du Plan Stratégique 2013-2017 s'élève à 138 916 803 430 Franc CFA soit 277 833 607 Dollars US.

INTRODUCTION

Au Mali le paludisme constitue 44% des motifs de consultation. Il a été enregistré en 2012 dans les établissements de santé, 2.171.739 cas cliniques de paludisme (1.508.672 cas simples et 663.067 cas graves) dont 1.894 décès, soit un taux de létalité de 0,9‰ contre 1,08 ‰ en 2011 (Annuaire statistique, 2012).

Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les couches les plus affectées par cette maladie. Selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-V, 2012-2013), 8,6% des enfants de moins de 5 ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Au niveau de l'ensemble des cinq régions du Mali, 82 % des enfants de 6-59 mois sont anémiés : 21 % souffrent d'anémie légère, 52 % souffrent d'anémie modérée, et 9 % d'anémie sévère. En ce qui concerne les femmes, 51 % des femmes souffrent d'anémie : 37 % souffrent d'anémie légère, 13 % d'anémie modérée et 1 % d'anémie sévère. Chez les enfants âgés de deux ans et plus, la prévalence varie de 51 % pour les âges 24-35 mois à 58 % pour les âges 48-59 mois.

La prévalence nationale du paludisme est de 52%, variable suivant les régions : Mopti (71 %), Sikasso (62 %), Ségou (56 %), Koulikoro (50 %) et Kayes (37 %) . La prévalence du paludisme est la plus faible à Bamako (10 %).

L'EDSM-V n'a pas couvert les 3 régions du Nord (Gao, Tombouctou et Kidal) à cause de l'insécurité. Cependant l'EAP de 2010 avait trouvé une prévalence parasitaire de 17% pour l'ensemble de ces régions.

Concernant les moustiquaires près de 09 ménages sur 10 possèdent au moins une moustiquaire, qu'elle ait été traitée ou non (88 %). Cette proportion est plus élevée en milieu rural (89 %) qu'en milieu urbain (86 %). En ce qui concerne les MII, la situation précédente semble la même : 85 % des ménages du milieu rural en possèdent au moins une, contre 82 % en milieu urbain. Dans l'ensemble, 84 % des ménages possèdent au moins une moustiquaire de ce type.

La proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire, quelle qu'elle soit, est de 74 % : elle est pratiquement la même en milieu urbain qu'en milieu rural (73 % et 74 %). La proportion d'enfants ayant dormi sous une MII est presque la même (70 %) que celle qui a dormi sous une moustiquaire quelle qu'elle soit (74 %).

Quant aux femmes enceintes ayant passé la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire imprégnée ou non, près de 08 femmes sur 10 ont dormi sous une moustiquaire (78 %). La proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une MII est de 75 % (71 % en milieu urbain et 76 % en milieu rural).

Le taux d'utilisation des MII par les femmes enceintes dans les ménages ayant une MII est de 86 %. Cette proportion est de 86 % en milieu rural et 85 % milieu urbain.

Suite au lancement de l'initiative Roll Back Malaria en 1998 et aux différents sommets des chefs d'Etats et de Gouvernements Africains sur le paludisme, le Mali, à l'instar des pays Africains endémiques au Sud du Sahara, a officiellement manifesté son engagement dans la lutte contre le paludisme en adaptant ses stratégies de lutte et en développant au cours des dix dernières années des plans stratégiques pour les périodes 2001-2005 et 2007-2011.

Malgré les efforts fournis par notre pays avec l'appui des partenaires, il existe des gaps en ressources pour permettre une couverture universelle des populations à travers un paquet intégré d'interventions clefs.

Le présent plan 2013-2017 prend en compte les besoins dictés par l'objectif d'accès universel aux interventions majeures de lutte contre le paludisme. Le processus d'élaboration de ce plan, qui a bénéficié de l'appui technique de l'OMS, de la participation des services du Ministère de la Santé, des partenaires au développement et de la société civile, s'inscrit en droite ligne avec les priorités définies dans le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 2012-2021 (PDDSS).

PROFIL DU PAYS

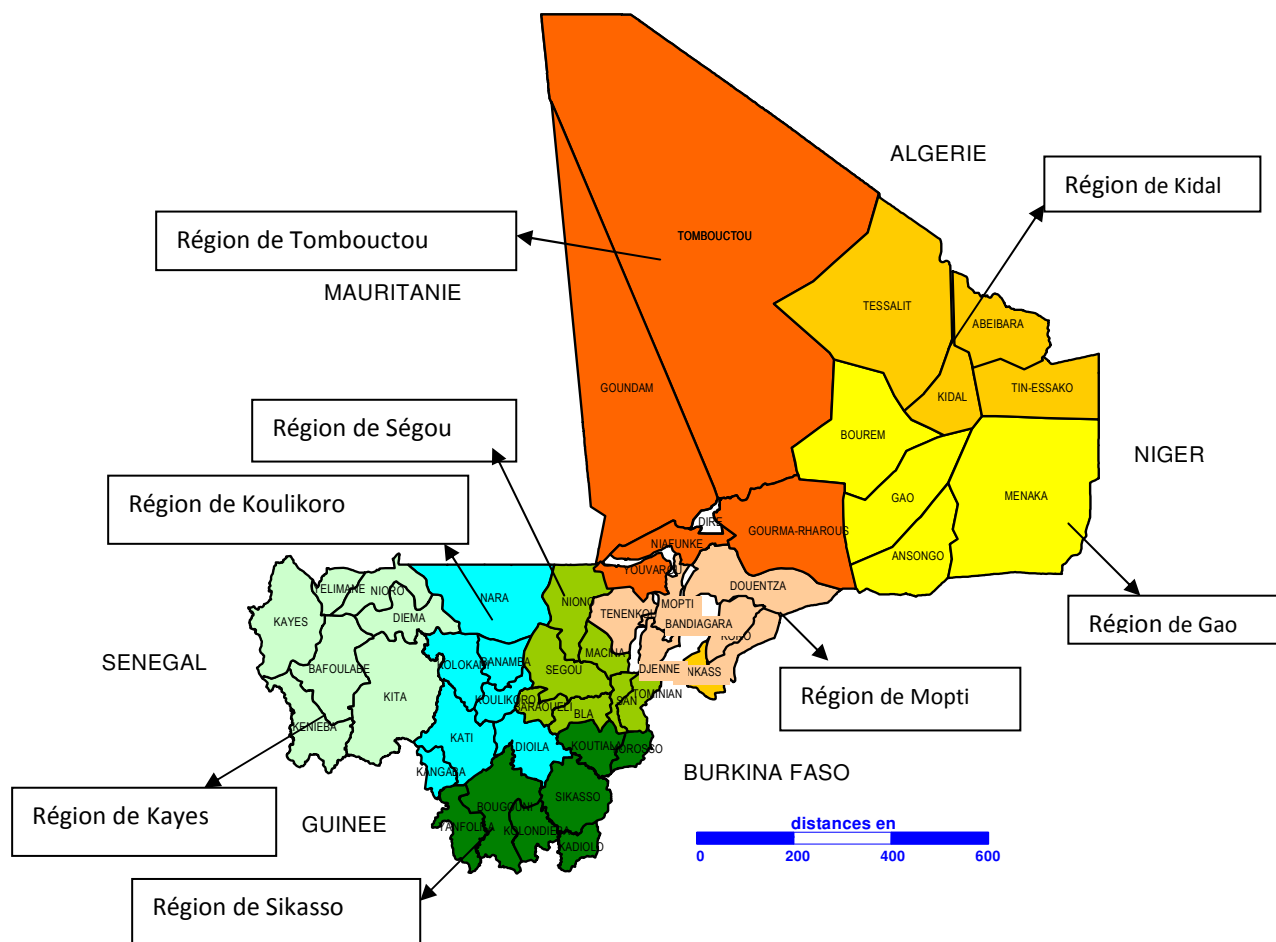
1.1. Situation géographique

Situé au cœur de l'Afrique de l'ouest, le Mali est un pays continental d'une superficie de 1.241.238 km². Il s'étend du nord au sud sur 1.500 km et d'est en ouest sur 1.800 km. Il partage 7.200 km de frontières avec l'Algérie et la Mauritanie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au sud, la Guinée Conakry au sud-ouest et le Sénégal à l'ouest.

1.2. Système sociopolitique

Sur le plan administratif, le Mali est découpé en 8 Régions administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou et Kidal) et un District (la capitale Bamako) qui a rang de région. Les régions sont subdivisées en 49 préfectures (ex-cercles) qui se répartissent les 289 sous-préfectures (ex-arrondissements). Le district de Bamako est découpé en 6 communes urbaines.

Carte administrative du Mali



Dans le cadre de la décentralisation, au niveau local, le Mali compte 703 communes dont 684 rurales et 19 urbaines parmi lesquelles les 6 communes du district de Bamako. Chaque commune est administrée par un conseil communal dirigé par un maire et des conseillers municipaux élus au suffrage universel.

1.3. Données démographiques

Selon les résultats définitifs du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidente était de 14.528.662 habitants en 2009. Les femmes sont relativement plus nombreuses que les hommes avec 50,4% de la population soit un rapport de masculinité de 98 hommes pour 100 femmes. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55 ans. Dans leur très grande majorité, les résidents sont sédentaires (les nomades représentent 0,92% de la population) et vivent essentiellement en milieu rural. Le milieu urbain compte 3.274.727 résidents (soit 22,5%) contre 11.253.935 (soit 77,5%) pour le milieu rural. La densité du pays est d'environ 12 habitants au Km². Cette moyenne nationale cache de très fortes disparités régionales.

Le Mali connaît une augmentation rapide de sa population de 1976 à 2009. En effet, estimé à 1,7% en moyenne entre 1976 et 1987, le taux de croissance a atteint 3,6% de 1998 à 2009. A ce rythme, la population malienne doublera presque tous les 20 ans avec les conséquences qui peuvent en résulter pour l'amélioration du bien-être des individus.

La population du Mali se caractérise par son extrême jeunesse. Les moins de 15 ans représentent 46,6% de la population, la tranche d'âge de 15-64 ans représente 48,4% et la population de 65 ans et plus est de 5%.

1.4. Ecosystème, environnement et climat

Le Mali est constitué de 3 zones climatiques : une zone sahélienne (50%), une zone saharienne (25%) et une zone soudano-guinéenne (25%). La pluviométrie est faible (200 à 1300mm) avec des périodes de sécheresse très variées. Le relief est peu accidenté et le pays est arrosé par deux grands fleuves (le Niger et le Sénégal) qui desservent surtout le sud du pays et une partie du Nord. Tout cet écosystème détermine les conditions dans lesquelles les populations vivent dans les zones sahélo sahariennes. Le climat est tropical avec une saison sèche et une saison des pluies (en moyenne 5 mois au sud et moins de 3 mois au nord) et des écarts de température très élevés.

1.5. Situation socio-économique

L'économie malienne est basée sur l'agriculture, la pêche et l'élevage, tous fortement dépendants de la pluviométrie qui reste très aléatoire et insuffisante. Le taux de croissance annuel moyen du PIB s'établit à 4,6% entre 2007 et 2009, bien loin des 7% prévus par le CSCR. Au cours de cette période, la structure du tissu économique était la suivante : secteur primaire 36,5%, secondaire 18,4% et tertiaire 38%. Bien qu'inférieur à la prévision de 6,5% du CSCR, le taux de croissance du PIB de 4,5% observé en 2009 reste supérieur à celui de la zone UEMOA. Dans son classement basé sur l'IDH (Indice de Développement Humain), le PNUD a classé le Mali 182^{ème} sur 187 pays en 2012.

La proportion de la population malienne considérée comme pauvre est passée de 55,6% en 2001 à 47,4% en 2006 et à 43,6% en 2010 sur la base d'un seuil de pauvreté en termes réels de 165 431 FCFA. Selon la même source, la baisse enregistrée dans l'incidence de la pauvreté monétaire au cours de la dernière décennie a été plus favorable au milieu rural passant de 65% à 51%. Malgré cette baisse, l'extrême pauvreté (incapacité de satisfaire aux besoins nutritionnels de base) touche encore 22% de la population.

Les indicateurs socio sanitaires sont marqués par des taux élevés de mortalité infantile 58‰, infantile juvénile 98‰ (EDSM-V, 2012-2013) et maternelle 464 pour 100 mille naissances vivantes (EDS IV, 2006). Elles sont dues à des causes le plus souvent évitables. Les cinq premières causes de mortalité des enfants (moins de 5 ans et plus de 5 ans) sont par ordre d'importance : le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA), les diarrhées, la malnutrition et la rougeole. Le Mali a un taux d'accroissement annuel de 3,6% et un indice synthétique de fécondité de 6,1.

Dépourvu de façade maritime, le Mali est dépendant des pays limitrophes ayant un accès à la mer. Les principaux axes de communication avec la côte sont : Bamako-Abidjan (1.115 km), Bamako-Dakar (1.250 km); Bamako-Conakry (982 km) et Bamako-Nouakchott (2.300Km).

Le pays compte 4 aéroports internationaux (Kayes, Bamako, Mopti, Gao), 7 aérodromes régionaux, 3 chaînes TV (2 nationales, 1 privée), 152 radios (2 nationales, 150 communautaires), 1 office national de télécommunication et 2 réseaux de téléphonie GSM.

Tableau 1 : Principaux indicateurs de Développement

Indicateurs	Taux/Ratio	Source et année
Taux brut de natalité	49‰	RGPH98
Taux de croissance démographique	3,6%	RGPH2009
Mortalité néonatale	35‰	EDSM V 2012-2013
Mortalité infantile	58‰	EDSM V 2012-2013
Mortalité des enfants en dessous de 5 ans	98‰	EDSM V 2012-2013
Ratio de Mortalité maternelle	464 pour 100 mille naissances vivantes	EDSM IV 2006
Femmes recevant des soins prénataux	74,2%	EDSM V 2012
Accouchements par des professionnels	59%	EDSM V 2012
Taux Global de Fécondité Générale pour les 15-44 ans	212 ‰	EDSM V 2012
Prévalence du VIH dans la cohorte des 14-49 ans	1,3%	EDS IV 2006
Espérance de vie	65,5 ans	(CPS-MS 2005 ; Performance 2002-2005)
Alphabétisation	29,9% (M=46,9% ; F=25,4%)	EDS IV 2006
Population en dessous du seuil de pauvreté	59,2%	CSLP 2007
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	6,1	EDSM V 2012-2013
Taux brut de scolarisation au primaire	74,4%	ELIM 2006
Taux de prévalence contraceptive	9,9%	EDSM V 2012
Pourcentage de la population vivant en milieu rural	75,2%	EDSM V 2012

1.6. Analyse du système de santé

1.6.1. Politique et stratégie nationale de santé

La politique sectorielle de santé et de population a été adoptée en 1990. Elle définit les orientations du développement sanitaire et social du Mali. Elle est fondée sur les principes des SSP et le concept de l'Initiative de Bamako. Elle a été renforcée en 1993 par l'adoption de la politique d'action sociale et de solidarité.

L'objectif majeur de la politique de santé est de réaliser la santé pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible. La mise en œuvre de la politique sectorielle de santé population a commencé par l'approche projet en 1992 à travers le projet santé population hydraulique rurale 1992-1998. Celui-ci a permis de redonner confiance au secteur à travers la mise en œuvre de la stratégie des Centres de Santé Communautaires avec la responsabilisation des communautés, le renforcement du partenariat avec les partenaires techniques et financiers, le secteur privé, la société civile (ONG, Associations, FENASCOM) et la disponibilité des médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale.

La priorité de l'action sanitaire reste réservée au milieu rural et périurbain, à la prévention des maladies, à la promotion socio-sanitaire et au bien-être de la famille. La santé étant une composante indissociable du développement socio-économique, elle représente donc un secteur d'investissement et devrait obéir à la loi de l'utilisation rationnelle des ressources et la garantie de la pérennité du développement socio-sanitaire.

Cette politique fait la différenciation des missions par niveau :

- le niveau central (Ministère de la Santé et services centraux) se charge de l'élaboration des normes et des procédures, de la planification, de l'appui technique au niveau intermédiaire, la gestion et l'évaluation au niveau Cercle (districts sanitaires) ;
- le niveau régional est chargé de l'appui technique aux Districts sanitaires ;
- le niveau District (Cercle, Zone sanitaire) est l'unité de planification opérationnelle chargée de la mise en œuvre.

Au regard des succès enregistrés dans sa mise en œuvre, la politique sectorielle de santé a été reconduite par le Gouvernement à travers l'adoption en 1998 du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 et son Programme quinquennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) 1998-2002, qui sont les documents de référence définissant les axes stratégiques d'intervention en matière de développement sanitaire et social.

Le PDDSS et le PRODESS ont pour ambition de développer une approche « programme » décentralisée et multisectorielle. C'est dans ce contexte que le Gouvernement a transféré certaines compétences aux collectivités décentralisées des niveaux Commune et cercle.

La politique sanitaire du Mali est conforme aux grands principes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (2015). Les objectifs prioritaires de santé sont inscrits dans le CSCR, avec un accent particulier pour les zones rurales et périurbaines, pour la prévention, la promotion de la santé et du bien-être.

Le Mali est en train d'élaborer un nouveau Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social pour lequel un accent particulier sera mis sur le suivi de l'atteinte de ses objectifs. Ce nouveau plan sera en phase avec le plan quinquennal du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR). En plus, plusieurs initiatives sont en cours au niveau du département de la santé dont International Health Partnership (IHP), le Partenariat Public et Privé (PPP) Initiative Leadership Ministeriel (ILM), le COMPACT. Toutes ces initiatives devraient faire l'objet d'un bon suivi à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ce qui a justifié l'élaboration en 2011 d'une carte sanitaire du pays.

1.6.2. Système de santé public

1.6.2.1. Description

Le système de santé est composé de l'ensemble des structures et organismes publics (Etat et collectivités territoriales), privés, communautaires (associations et mutuelles, fondations) et confessionnels ainsi que les ordres professionnels de la santé dont l'action concourt à la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Au niveau institutionnel, le système de santé est structuré en trois niveaux:

- **le niveau opérationnel** : le district sanitaire constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion ;
- **le niveau régional** est celui de l'appui technique au premier niveau ;
- **le niveau national** est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. En outre il définit les critères d'efficacité, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards. Il s'efforce de mobiliser les ressources privées, celles de l'Etat et celles des PTF pour le financement des soins de qualité accessibles à tous.

Les collectivités territoriales participent à l'administration de la santé dans les conditions définies par les codes des collectivités territoriales. Ainsi le conseil communal, le conseil de cercle et l'Assemblée régionale délibèrent sur la politique de création et de gestion des dispensaires, des maternités, des centres de santé communautaires et des hôpitaux régionaux. Ils délibèrent également sur les mesures d'hygiène publique d'assainissement et de solidarité en direction des populations rurales.

Les ordres professionnels du secteur de la santé participent à l'exécution de la Politique Nationale de Santé dans les conditions fixées par la loi.

Les populations bénéficiaires organisées en associations ou en mutuelles, les fondations et les congrégations religieuses participent également à la conception et/ou à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé à travers les établissements qu'elles sont admises à créer et faire fonctionner.

1.6.2.2. Prestations de soins

La pyramide sanitaire se structure en trois niveaux de soins:

- **le niveau central comprend** : 6 Etablissements Publics Hospitaliers dont 4 à vocation générale (Point G, Gabriel Touré, Kati et l'hôpital du Mali) et 2 à vocation spécialisée (Centre National d'Odontologie – Stomatologie, Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique), 1 institut national de recherche en santé publique (INRSP),

1 Centre National de Transfusion sanguine et 1 Laboratoire National de la Santé, 02 centres de recherche (le CNAM et le CREDOS). Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide, constituent la 3^{ème} référence. C'est à ce niveau que sont drainés tous les cas graves nécessitant une intervention spécialisée ou des investigations para-cliniques poussées.

- **le niveau intermédiaire** regroupe 6 Établissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la 2^{ème} référence à vocation générale et situés respectivement dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao. A ceux-ci s'ajoute l'Hôpital « Mère-enfant » le Luxembourg, un établissement sanitaire à vocation humanitaire.
- **le niveau district sanitaire** avec 2 échelons:

(i) **Le premier échelon** (la base de la pyramide) ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé Communautaire (CSCoM) au nombre de 1134 fonctionnels en 2012. Il existe d'autres structures de santé: parapubliques, confessionnelles, dispensaires, les maternités rurales et les établissements de santé privés (environ 1038 en 2011) qui complètent le premier échelon. Certains aspects de l'offre des soins sont assurés par les ONG, il s'agit surtout de la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et la lutte contre les IST, VIH/SIDA. Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieux de consultations de médecine traditionnelle dont la collaboration avec la médecine moderne reste à améliorer.

(ii) **Le deuxième échelon** ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les 62 Centres de Santé de Référence (CS Réf) au niveau des districts sanitaires, correspondant au cercle, commune ou zones sanitaires. Ils assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

La loi d'orientation de la Santé du 22 juillet 2002 indique que l'extension de la couverture sanitaire est un objectif essentiel du PDDSS. A cet effet, elle institue une carte sanitaire, adoptée par décret pris en Conseil de Ministres et révisée tous les cinq ans, qui repose sur le découpage du territoire national en districts sanitaires et en aires de santé.

Ce dispositif est complété par le secteur privé, les services de santé de l'Armée et les structures de santé confessionnelles :

Les services de santé de l'armée : Ils se composent de postes médicaux, d'infirmières, de maternités de garnison et d'infirmières- hôpitaux : Infirmerie-Hôpital de Kati (IHK) et Infirmerie-Hôpital de Bamako (IHB). Ces établissements évoluent de façon parallèle et leurs données sont insuffisamment intégrées au système d'information sanitaire national.

Les services confessionnels de santé : Les structures de prestations de services des Organisations religieuses complètent partout l'offre de services de soins de santé sur l'ensemble du territoire national. Selon le rapport d'élaboration de la carte sanitaire de 2011, 25 structures confessionnelles ont été identifiées sur l'ensemble du territoire.

Tableau 2: Répartition des structures par statut et par région

REGIONS	Public	Privé	Confessionnel	Parapublic	Total
BAMAKO	79	528	8	7	627
GAO	72	13	0	4	89
KAYES	206	86	0	6	298
KIDAL	15	0	0	2	17
KOULIKORO	197	182	3	7	389
MOPTI	167	31	5	2	205
SEGOU	190	91	4	7	293
SIKASSO	218	99	5	6	330
TOMBOUCTOU	86	8	0	2	96
Total général	1 230	1 038	25	43	2344

Source: Rapport de mise à jour de la Carte Sanitaire 2011 CPS/MS

Le pays compte au total 2.344 structures œuvrant soit pour l'offre directe soins ou en appui à l'offre de soins de santé. Ainsi on a dénombré 1.147 CSCom, 330 cabinets et 102 cliniques parmi les structures offrant directement les soins de santé. D'autre part, parmi les structures appuyant l'offre des soins de santé on a recensé 500 officines de pharmacie, 72 écoles de formation en sciences de la santé et seulement 6 centres de recherche en santé.

Par ailleurs sur les 2.344 structures, on note que 627 (27%) se trouvent à Bamako constitués essentiellement d'officines pharmaceutiques (214), de cabinets (192). Aussi, la ville de Bamako compte plus de la moitié des cliniques (69/102).

1.6.2.3. Système national d'approvisionnement et de gestion des produits pharmaceutiques et autres intrants

Le Mali a adopté en 1998, sa politique pharmaceutique qui organise tout le secteur pharmaceutique. Elle est partie intégrante du plan Décennal de Développement Sanitaire et Social comme définit par la loi d'orientation sur la santé. En 2010 cette politique a été révisée et adoptée. Elle a pour objectif de garantir un accès équitable aux médicaments essentiels de qualité aux populations et promouvoir leur usage rationnel.

➤ *Système d'approvisionnement et de distribution*

Il est assuré par la PPM et les grossistes agréés de la place. Dans le souci de mieux répondre à l'objectif de la politique pharmaceutique, il a été mis en place un schéma appelé Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME).

Le SDADME décrit les mesures pratiques et fonctionnelles devant permettre la mise en œuvre du volet approvisionnement en médicaments essentiels de la politique de santé, objet de la loi n°02-049 du 22 juillet 2002. À cet effet, l'approvisionnement est assuré comme suit :

- importation : elle est assurée par la PPM, retenue par l'Etat comme outil privilégié. Elle doit favoriser l'introduction des médicaments essentiels génériques en DCI dans le secteur privé par l'importation des blisters ;
- approvisionnement des régions : il est assuré par la PPM à travers ses départements régionaux et basé sur le système de réquisition au plan logistique. Les hôpitaux des régions et CHU peuvent s'approvisionner respectivement au niveau des départements régionaux et de la centrale d'achat;
- approvisionnement des districts sanitaires et des CSCom : les DRC s'approvisionnent auprès des départements régionaux dont ils relèvent administrativement. Quant aux dépôts de Vente (DV) des formations publiques (CSRéf, CSCom), ils s'approvisionnent au niveau de leur DRC;
- sécurisation du système : il a été instauré des dotations initiales servant de fonds de roulement et une institution et consolidation du recouvrement des coûts. Le système n'ayant pas un but lucratif, aucun bénéfice n'est généré sur le recouvrement des coûts, et seules les charges fixes et variables directement liées à la dispensation seront greffées sur ce dernier (références décret n°036218/P-RM du 30 mai 2003);
- renforcement de la gestion du système : il s'agit de définir les missions des acteurs dans l'exercice des fonctions ci-après :
 - ✓ la formation et la supervision par les structures de la Direction de la Pharmacie et des Médicaments (DPM), de la Direction Nationale de la Santé (DNS) et leurs structures régionales (DRS) et subrégionales (CSRéf). La DPM assure la coordination et le suivi du fonctionnement du système à l'échelle nationale ; les DRS assurent un appui aux DRC et DV ; les CSRéf assurent la planification, la gestion et le suivi des besoins ;
 - ✓ le contrôle : les aspects administratifs à l'importation sont gérés par la DPM. Les aspects analytiques à l'importation et sur le réseau national de distribution sont assurés par le Laboratoire National de la Santé (LNS) ;
 - ✓ L'inspection se charge du contrôle du respect de la législation et de la réglementation.

Le Système d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres intrants se fait comme suit :

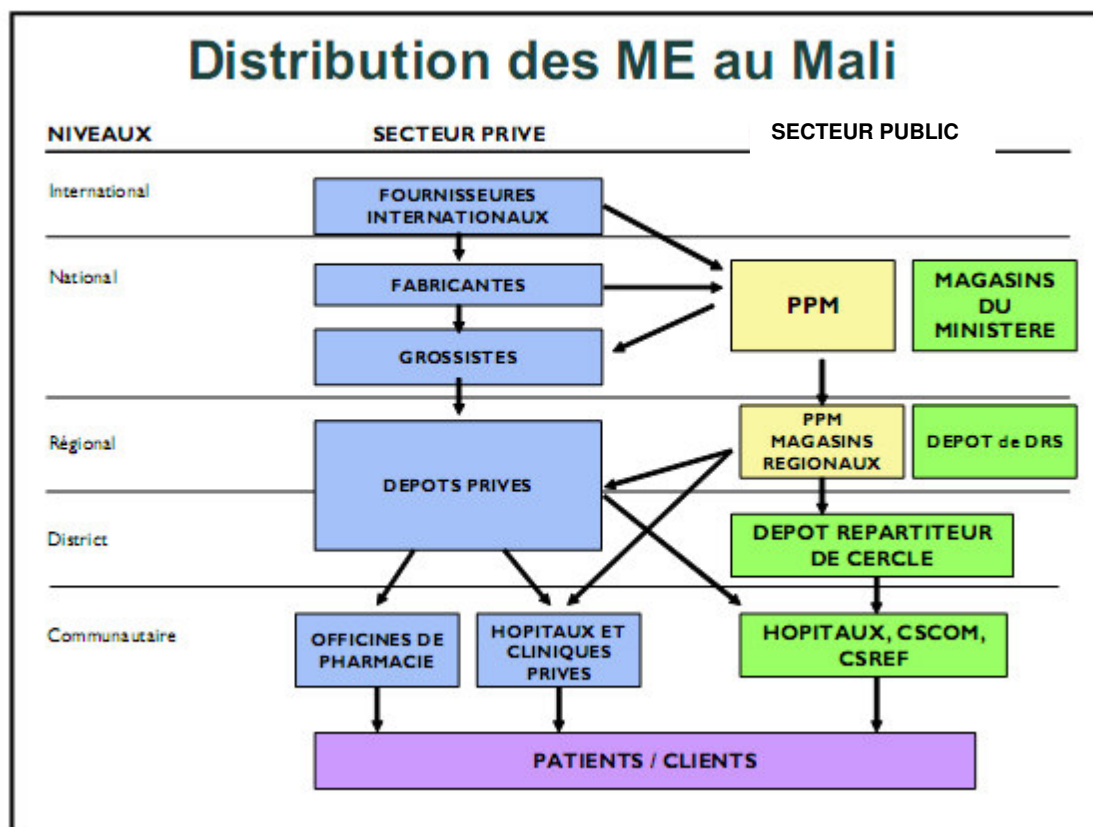


Figure 1 : Circuit d'approvisionnement au Mali

- ✓ *Le secteur public* se conforme à la configuration du système de santé.

Au niveau central, nous retrouvons la Pharmacie Populaire du Mali qui joue le rôle de Centrale d'achat et constitue l'instrument privilégié du Mali en matière d'approvisionnement en Médicaments Essentiels en DCI.

Au niveau des régions, il existe des magasins régionaux de la Pharmacie Populaire à l'exception de Tombouctou, Gao et Kidal.

Les DRC viennent s'approvisionner dans les magasins régionaux de la PPM en utilisant leurs propres ressources (Véhicule de service socio sanitaire des cercles et fonds générés par la vente des produits). Les médicaments sont alors entreposés dans les DRC en attendant que les centres de santé viennent les acheter.

Les dépôts des centres de santé utilisent pour leur réapprovisionnement des véhicules des centres de santé, les motos et vélos des agents de santé communautaires ou louent les services des transports publics.

- ✓ *Le secteur privé* est représenté par les structures privées à savoir : les établissements d'importation appelés communément les grossistes, les officines privées, les dépôts privés, les dépôts des structures confessionnelles, des fondations et des mutualités.

➤ **Contrôle de qualité des médicaments**

Il se fait à différents niveaux :

Au Niveau International : Les produits antipaludiques comme tous les autres médicaments essentiels font l'objet de contrôle de qualité (contrôle BIVAC).

Au Niveau National : Le contrôle de qualité est réalisé par le Laboratoire National de la Santé (LNS), pour chaque approvisionnement avant la mise des produits dans le circuit du SDADME.

Au niveau Local : Le contrôle de la qualité est assuré par le LNS sous forme de visite de supervision et échantillonnage au hasard ; l'inspection de la santé prélève et envoie aussi les échantillons à analyser lors des supervisions. Il y a aussi l'inspection visuelle des produits utilisés par les gérants et l'existence des mini laboratoires au niveau des régions.

En 2010 avec l'appui financier de PMI, le LNS a équipé toutes les régions d'un kit mini-laboratoire de contrôle de qualité. Les échantillons sont ainsi analysés au niveau régional et des tests de confirmation réalisés au niveau du LNS à Bamako.

1.6.2.4. Ressources humaines pour la santé

Les capacités de production des ressources humaines pour la santé et pour le développement social ont augmenté de manière considérable pendant ces 20 dernières années. En effet, les institutions de formation publique et privée ont produit une quantité importante de ressources humaines pour la santé. Par contre, il reste beaucoup à faire au niveau de la gestion et de l'amélioration de la performance de ces ressources humaines.

- Le nombre de médecin généraliste total est 963 dans les structures (Hôpitaux, CSRéf et CSCom) sur lesquels 883 sont permanents. Le district de Bamako et la région de Koulikoro comptent le plus grand effectif avec respectivement 350 et 161.

Tableau 3: Personnel médical des Hôpitaux, CSRéf et CSCom au Mali en 2011

REGION	Médecins généralistes		Médecins spécialistes		- Dont pédiatres		- Dont gynécologues		- Dont Chirugiens	
	Nbre Total	Perma nent	Nbre Total	Perma nent	Nbre Total	Perma nent	Nbre Total	Permane nt	Nbre Total	Perma nent
BAMAKO	350	303	292	283	26	25	36	36	49	47
GAO	30	29	11	11	2	1	3	2	3	2
KAYES	88	86	15	15	1	1	4	4	4	4
KIDAL	13	13	0	0	0	0	0	0	0	0
KOULIKORO	161	143	28	28	0	0	7	7	6	6
MOPTI	60	60	17	10	2	1	4	3	2	2
SEGOU	128	123	19	19	1	1	6	6	5	5
SIKASSO	95	90	25	25	0	0	7	7	7	7
TOMBOUCTOU	38	36	8	7	1	0	1	1	1	1
Total général	963	883	415	398	33	29	68	66	77	74

Le nombre de médecins spécialistes est de 415 dont 19% de chirurgiens, 16% de gynécologues et 0.08% de pédiatres. Malgré la proportion faible de ces trois spécialités, elles restent concentrées à Bamako avec 78% de pédiatres, 53% de gynécologues et 64% de chirurgiens.

- Le personnel qualifié est disponible dans les structures mais inégalement réparti entre les régions. Ainsi, on a dénombré 688 sages-femmes dont près de la moitié se trouve à Bamako. Le nombre total d'infirmiers recensé est de 3 009.

Tableau 4: Personnel paramédical des Hôpitaux, CSRé²f et CSCCom au Mali en 2011

REGION		BAMA KO	GAO	KAYES	KIDAL	KOULIKORO	MOPTI	SEGOU	SIKASSO	TOMBCT	Total généra l
Assistant Médical	Nbre Total	330	11	30	0	55	26	42	60	9	563
	Permanent	330	11	30	0	51	25	42	58	9	556
Sage-femme	Nbre Total	322	36	59	5	65	47	74	58	22	688
	Permanent	306	36	50	5	62	46	73	57	22	657
Technicien de laboratoire	Nbre Total	92	20	27	4	34	32	35	53	15	312
	Permanent	85	20	26	4	34	32	35	53	15	304
Infirmier (y compris obstétricienne)	Nbre Total	563	359	334	40	395	272	378	445	223	3 009
	Permanent	554	350	334	40	390	266	376	425	222	2 957
Matrone	Nbre Total	161	86	306	3	273	210	242	283	95	1 659
	Permanent	113	76	305	3	271	204	242	248	94	1 556
Aide Soignant	Nbre Total	418	53	201	2	183	146	208	213	31	1 455
	Permanent	369	53	185	2	180	139	206	184	35	1 353

La gestion des ressources humaines reste encore centralisée au niveau de la Direction des Ressources Humaines (DRH) et focalisée surtout sur les actes administratifs plutôt que sur les stratégies de développement. Les textes ne sont pas complets et les questions sur le rôle de la DRH persistent, entre autres, leurs rapports avec les écoles de formation et les divers statuts des agents. Il apparaît également que ni la DRH, ni les structures utilisatrices ne disposent de capacités techniques nécessaires pour assurer une gestion rationnelle des ressources humaines.

Le constat fait par l'évaluation du précédent PDDSS met un accent particulier sur la faible productivité des ressources humaines qui est déterminée par: (i) les faiblesses de l'organisation de la formation (initiale, continue, perfectionnement, spécialisation); (ii) l'utilisation pas toujours efficace du personnel existant sur le terrain; et (iii) l'insuffisance des mesures de motivation du personnel.

Au niveau de la formation, on note l'insuffisance de la qualité de la formation initiale (cursus, manque de maîtrise du secteur privé); la marginalisation de la formation continue (chevauchement des missions des institutions d'encadrement, modules de formation, pilotage à vue) et l'insuffisance de personnels spécialisés.

Concernant l'utilisation du personnel, deux dimensions de la problématique de la performance ont été identifiées. Il s'agit des gaps dans les effectifs des équipes dus à la mauvaise répartition du personnel et l'insuffisance du développement de l'esprit de travail en équipe (avec objectifs communs, partage des responsabilités et tâches, etc.).

L'évaluation du précédent PDDSS rapporte que globalement, 60% des fonctionnaires interrogés sont démotivés. Parmi les raisons, il y a l'insatisfaction des rémunérations qui est de loin le plus fréquent, suivi par l'insuffisance des moyens de travail, l'absence de considération et la mauvaise répartition du travail. Cette même évaluation indique que d'autres études sur la motivation des agents de santé réalisées en 2002 ont montré que parmi les facteurs motivants, ceux liés à la responsabilité viennent en première position devant les facteurs financiers.

1.6.2.5. Système national de suivi/évaluation et de Recherche en Système de Santé

Le système d'information au Mali est alimenté par différentes sources :

- **le Système d'Information Sanitaire (SIS):** c'est à travers lui que se fait la collecte des données de routine pour les statistiques sanitaires du pays. Le SIS dispose de supports spécifiques qui permettent de collecter les données (registres) et de transmettre l'information des différentes structures sanitaires vers le niveau central de façon trimestrielle à travers les Rapports Trimestriels d'Activités (RTA) ;
- **le système de Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte (SIMR) :** c'est à travers ce système que sont collectées dans les formations sanitaires les données sur les maladies prioritaires qui sont envoyées au niveau central (service de surveillance), y compris les données du paludisme en vue d'une action prompte en cas de situation d'épidémie ;
- **les sites sentinelles de surveillance:** ils permettent de collecter de façon continue les données de qualité sur la mortalité et la morbidité dues au paludisme d'une part, mais aussi sur le laboratoire, l'entomologie et l'efficacité thérapeutique des antipaludiques d'autre part. Il s'agit de données complémentaires qui ne sont pas prises en compte par le système national d'information sanitaire (SNIS) actuellement. Des outils spécifiques sont mis en place au niveau de ces sites ;
- **les études et recherches :** elles permettent de documenter davantage certains aspects spécifiques en rapport avec la prévention ou la prise en charge du paludisme.

e)- Financement de la santé

Le système de financement de la santé comprend les mécanismes classiques de mobilisation, de répartition et d'utilisation des ressources financières, mais aussi ceux permettant le développement d'approches alternatives de solidarité et de protection sociale en vue de minimiser les inégalités.

La part du budget de l'Etat consacrée au développement de la santé est passée de 5,65% en 2003 à 8,16% en 2009. Le budget d'état est la première source de financement de la santé avec une moyenne de 55,4% sur la même période contre 31,7% provenant des partenaires extérieurs, 12,1% du recouvrement des coûts (paiements directs des prestations de soins) et 0,8% des communautés et des collectivités décentralisées.

Le niveau central bénéficie de 71,4% des dépenses pendant que la cible du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) était de ramener cette proportion à 20%. Au niveau régional, la priorisation du financement des zones pauvres a été plus ou moins respectée mais dans la limite des 28,6% des dépenses réalisées à ce niveau. Cependant, il faut noter que l'allocation des ressources par zone de pauvreté ne suffit pas pour assurer une équité dans la mesure où il existe une grande diversité des niveaux de pauvreté au sein même de ces zones.

La gestion des finances publiques dans le secteur de la santé est complexe en raison du nombre de structures impliquées aux niveaux central, déconcentré, de la multiplicité et des organismes de prestations. Cette complexité est exacerbée par la cinquantaine de partenaires techniques et financiers avec diverses modalités d'intervention et de financement. L'Appui Budgétaire Sectoriel (ABS) et l'Appui Budgétaire Global (ABG) répondent mieux aux orientations de l'approche sectorielle qui ne concerne qu'un nombre limité de partenaires.

Les difficultés rencontrées dans ce domaine peuvent se résumer comme suit : (1) l'ABS: les retards des décaissements liés à l'approvisionnement tardif des comptes programmes, les tensions de trésorerie qui retardent souvent le décaissement des fonds auprès du TPR, la lourdeur des procédures de passation des marchés publics et les retards qui sont souvent accusés dans la soumission des demandes et dans la remontée des justifications des avances de fonds. A ceux-là, il faut ajouter les difficultés des Régions et Districts de disposer de cash pour la mise en œuvre des activités opérationnelles. (2) Les autres partenaires utilisant des procédures spécifiques : à ce niveau les difficultés sont entre autre les retards dans l'alimentation des comptes partenaires, dans la remontée des justifications des avances de fonds ainsi que la collecte et la compilation des donnés. (3) Les faibles capacités techniques à tous les niveaux et spécifiquement au niveau régional et des districts de santé (y compris Communes et Aires de santé).

Un palier important a été franchi pour le renforcement de la solidarité et de la protection sociale aux niveaux législatif, réglementaire et institutionnel avec l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), la création de la CANAM et de l'ANAM et le développement des mutuelles.

En 2010 on dénombrait 151 mutuelles sociales au Mali, dont 143 évoluant dans le secteur de l'assurance maladie exclusivement ou en combinaison avec d'autres types de prestations. Les 8 autres mutuelles offraient des prestations relatives à la retraite et/ou au décès. Ces mutuelles, toutes issues de la communauté, regroupaient 104 986 adhérents pour 375 496 bénéficiaires (3,3% en 2010), 62 000 d'entre eux ont été servis en 2009.

Mais la couverture cumulée attendue de l'ensemble de ces mécanismes ne dépasserait pas 25% de la population. Par ailleurs, leur fonctionnement est souvent mal maîtrisé faute de ressources humaines qualifiées.

Une large partie de la population reste donc dépourvue de mécanisme de protection sociale et n'a pas accès à des soins de qualité. Le RAMED prévu pour couvrir 5% de la population s'avère limité. Dans ce contexte, l'aide sociale et le secours restent encore une nécessité en raison de la pauvreté ou de la faible capacité contributive des ménages et des individus.

Le faible taux de couverture attendue de l'AMO, des mutuelles et du RAMED amène à entrevoir des interventions énergiques pour le renforcement et l'extension de ces mécanismes.

Outre les mutuelles de santé, d'autres formes d'organisations de l'économie sociale et solidaire existent qui n'ont pas fait toujours l'objet d'attention : sociétés coopératives, autres associations que les ASACO, structures de caisses d'épargne et de crédits etc. Un déficit important d'information et de communication sur l'ensemble des mécanismes existe dans la perspective de l'accès universel aux soins de santé.

f)- Partenariat pour la santé

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, Bailleurs de fonds, et au premier chef, les populations bénéficiaires. Un guide de partenariat entre le ministère de la santé et les ONG/associations a été élaboré et est en cours de validation.

Les principaux financements sont mobilisés auprès de l'Etat et des partenaires au développement. 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 falcifarum* 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.

1.6.3. Système de santé privé

Les établissements du secteur privé à but lucratif autorisés depuis 1985, sont de plusieurs catégories, notamment médical, paramédical, pharmaceutique et traditionnel. Le nombre d'établissements de soins privés a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies. Malgré son développement, surtout dans les grandes villes, le secteur privé suit une évolution plus ou moins parallèle et ses données restent dans leur globalité insuffisamment prises en compte par le système d'information sanitaire.

La libéralisation des professions sanitaires et les dispositions réglementaires ont contribué à un développement rapide du secteur privé (cabinet de consultation, cliniques et polycliniques, dispensaires et infirmeries confessionnels, professionnels, corporatifs, officines et dépôts pharmaceutiques etc...). En 2011, il a été recensé 1 038 structures privées dont 51% à Bamako, 18% à Koulikoro et 10% à Kayes.

Des partenariats existent avec des structures de santé privées, comme les infirmeries, les centres médicaux interentreprises de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et les structures du service de santé des armées.

Malgré la croissance du nombre de structures de prestations privées, ce développement n'a probablement pas eu un effet significatif sur l'offre du PMA, car la contribution des structures privées à la couverture et l'utilisation des soins du PMA n'est pas encore suffisamment intégrée dans la collecte des données du SIS. Dans le cadre du PRODESS I, le dialogue et la collaboration avec le secteur privé n'ont pas été suffisamment intensifiés pour aboutir à un cadre de contractualisation. Toutefois, il est nécessaire de redynamiser le partenariat avec les différents ordres professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, sages-femmes).

1.6.4. Système communautaire pour la santé

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, Bailleurs de fonds, et au premier chef, les populations bénéficiaires.

En plus de l'expérience acquise dans la mise en œuvre des activités à travers les CSCom, l'accent est mis aujourd'hui sur le développement d'un réseau communautaire d'agents de santé villageois qui assurent la prise en charge des cas de paludisme simple à domicile (PECADOM) et la vulgarisation des activités à base communautaire.

Tableau 5: répartition des CSCom selon la nature du bâtiment et par région

REGIONS	CSCOM	DUR	SEMI DUR	BANCO
BAMAKO	62	61	1	0
GAO	67	63	1	3
KAYES	198	196	2	0
KIDAL	11	4	7	0
KOULIKORO	186	175	11	0
MOPTI	155	150	4	1
SEGOU	181	180	0	1
SIKASSO	208	205	3	0
TOMBOUCTOU	79	75	4	0
Total général	1 147	1 109	33	5

Source : Rapport de mise à jour de la carte sanitaire CPS, 2011

1.6.5. Médecine traditionnelle

A côté du système moderne de santé, il existe au Mali une médecine traditionnelle qui constitue le premier recours aux soins pour la majorité de la population.

Depuis 1979, le Département de Médecine Traditionnelle (DMT) produit et commercialise sept Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) qui ont été ajoutés à la liste des médicaments essentiels en 1990.

Les ressources médicinales de la flore malienne ont été répertoriées par le biais d'inventaires ethnobotaniques et des essais de culture ont été réalisés pour certaines espèces.

Dans le domaine de la santé publique, plusieurs expériences positives ont été réalisées dans le cadre de la référence et la contre référence, notamment, concernant le paludisme, l'épilepsie, la tuberculose, la traumatologie, la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Au cours de ces dernières années, une dynamique associative très importante s'est développée entre les tradipraticiens de santé des différentes régions du Mali pour aboutir à la création en 2002 de la Fédération Malienne des Associations des tradipraticiens de santé et des Herboristes.

1.6.6. Performance du système de santé

Le Mali a enregistré une très faible pluviométrie en 2011 ce qui a eu un impact négatif sur le cheptel (insuffisance de pâturage) et des cas de malnutrition chez les populations vulnérables (enfants de moins de 5 ans, personnes âgées, femmes enceintes et allaitant).

Courant 2011, la guerre en Libye a entraîné l'arrivée massive des ressortissants dans les régions du nord du Mali.

Les conséquences du déclenchement de la rébellion au nord du Mali sont :

- ✓ arrêt des programmes de santé prioritaires (immunisation, tuberculose, VIH/Sida, Paludisme, lèpre, ver de Guinée...) ;
- ✓ interruption de la transmission des données épidémiologiques ;
- ✓ déplacement massif des populations ;
- ✓ destruction des infrastructures sanitaires avec médicaments et matériels emportés.

Devant cette situation dramatique, des mesures urgentes sont en cours pour éviter une catastrophe sanitaire comme:

- ✓ la survenue d'épidémie ;
- ✓ l'aggravation de la situation maternelle et néonatale ;
- ✓ l'augmentation des cas de maladies endémiques (Tuberculose, VIH/SIDA, Dracunculose, Paludisme, etc.) ;
- ✓ l'aggravation du mauvais état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitant.

Sur le plan général, le Gouvernement s'est fortement engagé dans la résolution des problèmes de santé et a décrété la gratuité de tous les soins dans les régions du Nord et pour les populations déplacées vers le Sud du pays. Il a créé un Ministère en charge de l'action humanitaire. Une matrice d'action gouvernementale est mise en place pour faire face aux problèmes urgents.

Sous l'égide du coordonnateur du système des Nations unies, des clusters santé ont été activés en vue de coordonner les différentes interventions en faveur des populations.

1.6.7. Contribution du système de santé à la lutte contre le paludisme

Le changement institutionnel du PNLP, de pair avec le renforcement de ses ressources humaines et logistiques a permis une meilleure coordination des activités de lutte contre le paludisme au niveau du secteur public, privé et communautaire.

Au niveau central, le cadre de concertation à travers le comité d'orientation et le comité de pilotage du PNLP a permis le renforcement de la participation des partenaires à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme.

Au niveau régional, la concertation périodique de plaidoyer avec les représentants des districts sanitaires est un atout pour l'amélioration de la performance du Programme.

En plus du PNLP, la Fondation Mérieux Mali contribue à la formation et à l'amélioration de la qualité du diagnostic à travers le réseau national des laboratoires. Le PNLP forme aussi les praticiens du secteur privé à la prise en charge du paludisme et à la collecte des données. Tout ceci a permis aux acteurs de faire la prise en charge correcte des cas de paludisme et de renforcer la complétude des données.

En ce qui concerne le mécanisme de coordination du partenariat entre le PNLP et ses partenaires, un Comité de suivi de la lutte contre le Paludisme a été créé en 2009.

Il est prévu des concertations régulières au niveau de tous ces comités et entre le comité national et les groupes thématiques.

Tableau 6 : Contribution du système de santé à la lutte contre le paludisme

Déterminants de la performance du système de santé	Actions requises pour renforcer la lutte contre le paludisme
Leadership et gouvernance	Volonté politique renouvelée à soutenir la lutte contre le paludisme
	Gestion appropriée des ressources humaines, matérielles et financières du secteur de la santé
Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé	Mise à disposition de ressources financières nécessaires mobilisées à partir du budget national et auprès des partenaires financiers (externes et internes)
Développement des ressources humaines	Agents de santé en nombre suffisant ayant bénéficié de formation ou de mise à niveau adéquate et couvrant tout le pays pour mettre en œuvre des interventions de meilleure qualité
	Agents de santé respectant les directives de confirmation biologique des cas de paludisme dans un contexte de gratuité
Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé	Mise en place d'une stratégie efficace d'approvisionnement en intrants de lutte contre le paludisme pour assurer un accès équitable à toute la population à risque
Amélioration des prestations de services	Mise en œuvre de paquets d'interventions efficaces contre le paludisme à ceux qui en ont besoin, quand et où ils en ont besoin aux niveaux des structures de santé et des agents de santé communautaires
Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire	Production, analyse, diffusion et utilisation des informations fiables en temps opportun par les nouvelles technologies de l'information. Elles comprennent les cas de paludisme confirmés et les décès.

2. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

2.1. Profil épidémiologique du paludisme

2.1.1. Parasites du paludisme

Selon Doumbo et al., 1991, 1992, les agents pathogènes les plus courants sont :

- *Plasmodium falciparum* qui contribue pour 85 à 90% de la formule parasitaire est responsable des formes létales, graves et compliquées du paludisme au Mali ;
- *Plasmodium malariae*, contribue pour 10-14% de la formule parasitaire ;
- *Plasmodium ovale*, contribue pour 1% de la formule parasitaire.

En 2011, une étude récente menée par le MRTC a confirmé la présence de *Plasmodium vivax* dans les régions du Nord (Gao, Tombouctou et Kidal).

2.1.2. Vecteurs du paludisme:

Les principaux vecteurs du paludisme au Mali sont les complexes *Anopheles gambiae* (*An. gambiae s.l.*) et *Anopheles funestus* (*An. funestus s.l.*). Le complexe *An. gambiae* se compose d'*An. arabiensis* et d'*An. gambiae sensu stricto*. Ce dernier est composé de trois formes chromosomiques (Bamako, Mopti et Savane) regroupées en deux formes moléculaires (formes M & S). Le complexe *An. funestus* n'a pas fait l'objet d'études approfondies (Touré et al., 1986, 1998).

Il y a des variations spatiales et temporelles dans la distribution des vecteurs du paludisme (Touré et al., 1998 ; Sangaré D, 2000).

Du point de vue variations saisonnières, les fréquences d'*Arabiensis* et la forme Mopti prédominent avant et après la saison des pluies tandis que celles des formes Bamako et Savane prédominent pendant la saison des pluies.

Compte tenu de ces variations le Programme National de Lutte contre le Paludisme a sélectionné en 2007, treize sites sentinelles en fonction du profil de transmission pour la surveillance épidémiologique.

Il ressort également des études que les densités d'*An. gambiae s.l.* sont généralement faibles en saison sèche dans les localités éloignées des cours d'eau. Par contre, ces densités restent relativement élevées le long des cours d'eau permettant de maintenir la transmission pendant la même période.

Toutes ces espèces sont d'excellents vecteurs de la transmission du paludisme au Mali et réalisent une transmission « dite en relais » dans les zones de sympatrie où ces espèces cohabitent (Traoré 1989, Sangaré 2000).

2.1.3. Dynamique de la transmission du Paludisme et niveau d'endémicité

Au Mali, il y a une extrême variabilité de la situation épidémiologique qui est fonction des faciès géoclimatiques (Dumbo et al., 1989 ; Dumbo 1992) :

- une zone soudano guinéenne à transmission saisonnière longue ≥ 6 mois. Dans cette zone, l'indice plasmodique chez les enfants est $\geq 80\%$. L'état de prémunition est acquis vers l'âge de 5-6 ans ;
- une zone sahélienne à transmission saisonnière courte ≤ 3 mois. Dans cette zone, l'IP se situe entre 50-70%. L'état de prémunition est rarement atteint avant l'âge de 9-10 ans ;
- une zone de transmission sporadique voire épidémique correspondant aux régions du Nord et à certaines localités des régions de Koulikoro et de Kayes (Nara, Nioro, Diéma, Yélimané, Kayes). L'IP est en dessous de 5%. Tous les groupes d'âge sont à risque de paludisme grave. Une précaution particulière doit être prise chaque fois que ces populations migrent vers le Sud du pays.
- Des zones de transmission bi ou plurimodales comprenant le delta intérieur du fleuve Niger et les zones de barrage et de riziculture : Niono, Sélingué, Manantali et Markala. L'IP se situe entre 40-50%. L'anémie reste un phénotype clinique important ;
- Des zones peu propices à l'impaludation particulièrement dans les milieux urbains comme Bamako et Mopti où le paludisme est hypo endémique. L'IP est $\leq 10\%$ et les adultes peuvent faire des formes graves et compliquées de paludisme.

Les faciès de la transmission du paludisme au Mali

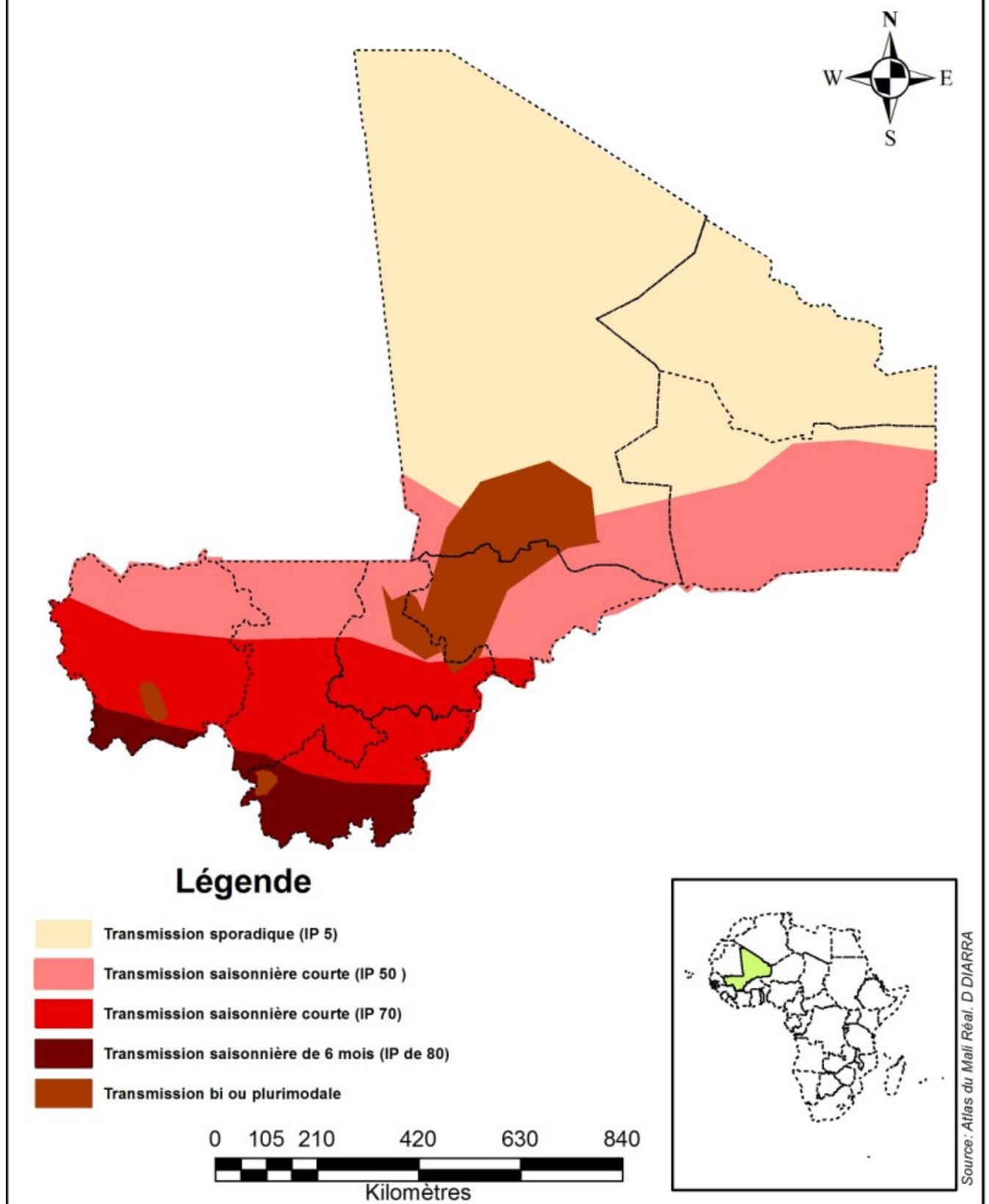


Figure 2 : Strates épidémiologiques selon le nombre de mois de transmission

2.1.4. Morbidité et mortalité

En 2012, dans la population générale, le paludisme a constitué 44% des motifs de consultation curative. Il a été enregistré dans les établissements de santé 2 171 739 cas cliniques de paludisme (1 508 672 cas simples et 663 067 cas graves) dont 1894 décès, soit un taux de létalité de 0,9‰ contre 1,08 ‰ en 2011 (Annuaire statistique, 2012). Toutefois, ces données ne représentent que la partie visible de l'iceberg, d'autant plus que de nombreux cas sont détectés et traités dans la communauté sans être référés à une structure sanitaire. Il s'agit notamment des cas pris en charge dans les structures sanitaires privées, au niveau familial et par les tradithérapeutes.

Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les couches les plus affectées par cette maladie. Selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSM-V, 2012-2013), 8,6% des enfants de moins de 5 ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Par ailleurs, des études menées au Mali ont montré que le faible poids de naissance associé au paludisme est de 18%, la prévalence de l'infection placentaire de 30% et la parasitémie périphérique de 28% (Kayentao et al., 2007).

Au niveau de l'ensemble des cinq régions du Mali, 82 % des enfants de 6-59 mois sont anémiés : 21 % souffrent d'anémie légère, 52 % souffrent d'anémie modérée, et 9 % d'anémie sévère. En ce qui concerne les femmes, 51 % des femmes souffrent d'anémie : 37 % souffrent d'anémie légère, 13 % d'anémie modérée et 1 % d'anémie sévère. Chez les enfants âgés de deux ans et plus, la prévalence varie de 51 % pour les âges de 24-35 mois à 58 % pour les âges de 48-59 mois (EDSM-V, 2012-2013).

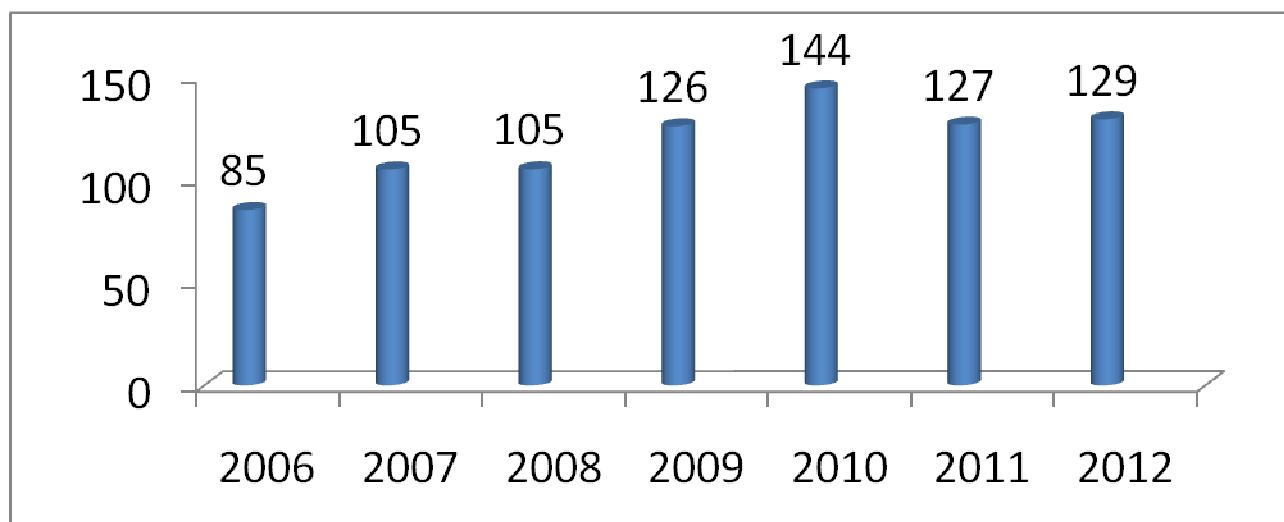


Figure 3 : Evolution de l'incidence du paludisme ‰ de 2006 à 2012

Source : SLIS 2006 à 2012

Nous constatons une augmentation de l'incidence du paludisme sur les cinq années particulièrement entre 2009 et 2010, ceci pourrait s'expliquer par les différentes formations des agents et l'amélioration de la collecte des données au niveau opérationnel. A partir de 2011, il y a une baisse de l'incidence pouvant s'expliquer par la mise à l'échelle des différentes stratégies notamment la couverture universelle en MILD.

▪ Incidence du paludisme simple

Malgré l'amélioration de la prise en charge (introduction des CTA, confirmation des cas) et un taux d'utilisation des MILD élevé, on constate une augmentation du nombre de cas de fièvre/paludisme (figure 4). Les hypothèses possibles sont :

- ✓ l'amélioration de l'enregistrement des cas;
- ✓ le faible taux de confirmation des cas ;
- ✓ la politique de gratuité et de subvention ;
- ✓ et la stratégie communautaire élargissant la couverture sanitaire (CSCOM, PECADOM).

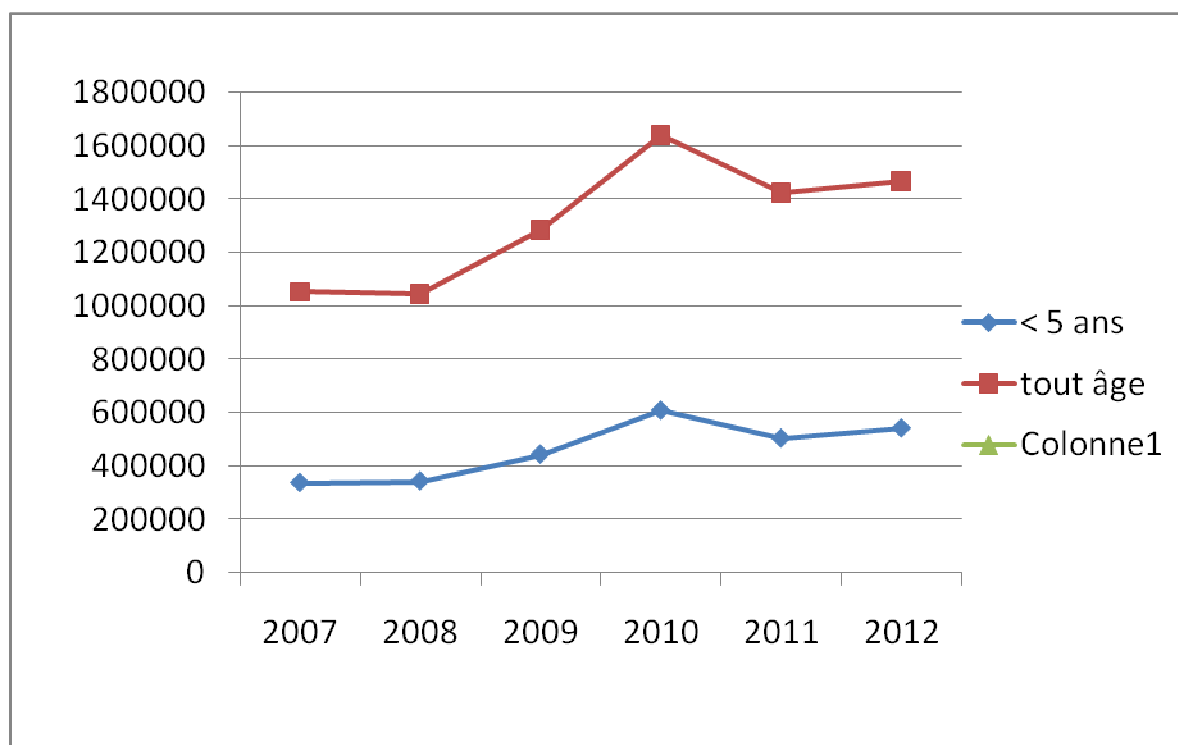


Figure 4 : Incidence des cas de Fièvre/paludisme simple de 2007 à 2012 au Mali
(Sources : *Annuaire statistiques et rapports activités PNLP*)

▪ Incidence du paludisme grave

On constate une nette augmentation des cas de paludisme grave (figure 5) pouvant être expliquée en partie par :

- ✓ le recours tardif aux soins ;
- ✓ la formation des prestataires à la prise en charge ;
- ✓ le faible taux de confirmation des cas ;
- ✓ l'amélioration de la notification des cas ;
- ✓ le faible taux de couverture du traitement préventif intermittent chez la femme enceinte (40%, source SLIS 2012) ;
- ✓ et la formation des agents de santé communautaires à la référence des cas graves.

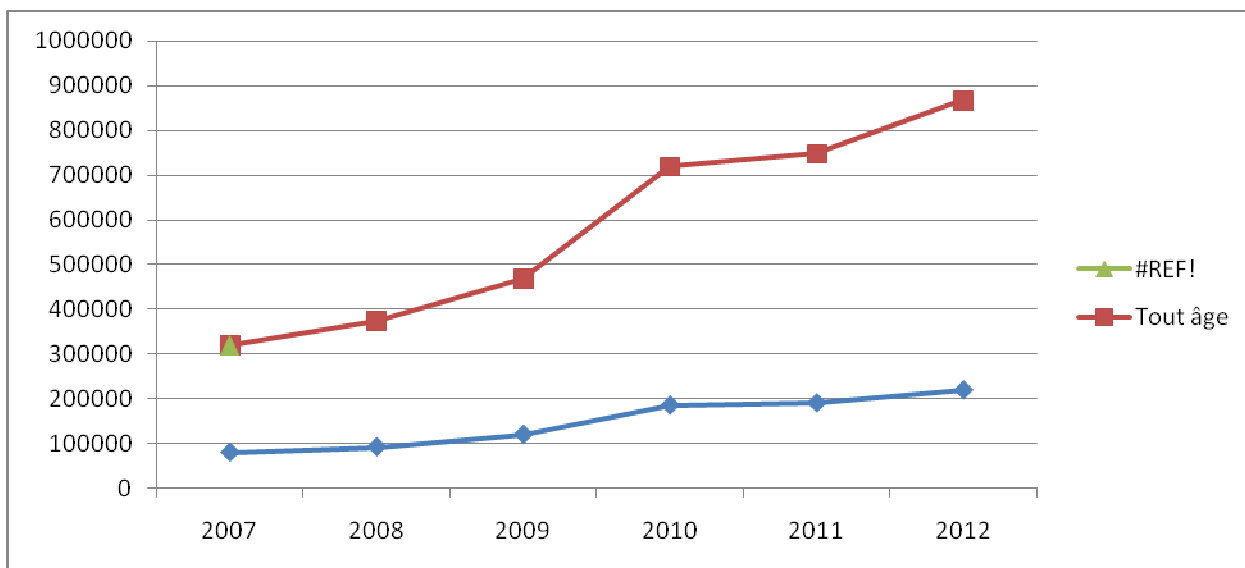


Figure 5 : Evolution nombre de cas de Paludisme Grave 2007-2012

(Source : Annuaires statistiques et rapports activités PNLN)

▪ **Létalité du paludisme**

De 2006 à 2008, la létalité a légèrement diminué suivie d'une légère augmentation en 2009 (figure 6) qui pourrait s'expliquer par :

- l'amélioration de la collecte et la transmission des données sur les cas de décès ;
- le recours tardif aux soins ;
- le recours encore important à l'auto médication ;
- l'insuffisance de collaboration avec les tradithérapeutes ;
- la « non disponibilité » des intrants de manière continue ;
- et l'insuffisance dans l'application des directives de PEC.

A partir de 2010, on constate une diminution de la létalité.

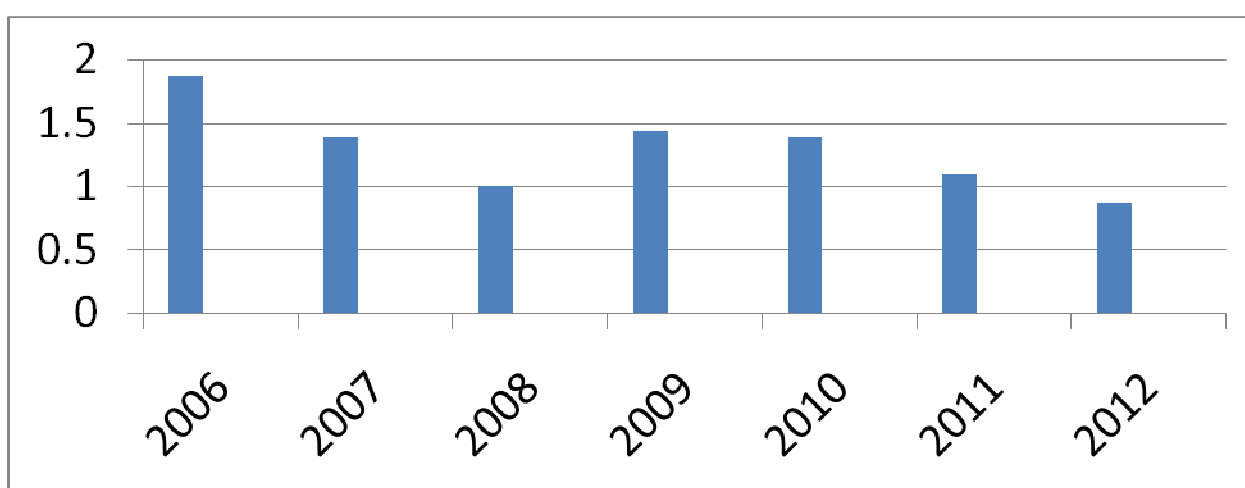


Figure 6 : Evolution de la létalité due au paludisme de 2006 à 2012.

Source : SLIS de 2006 à 2012

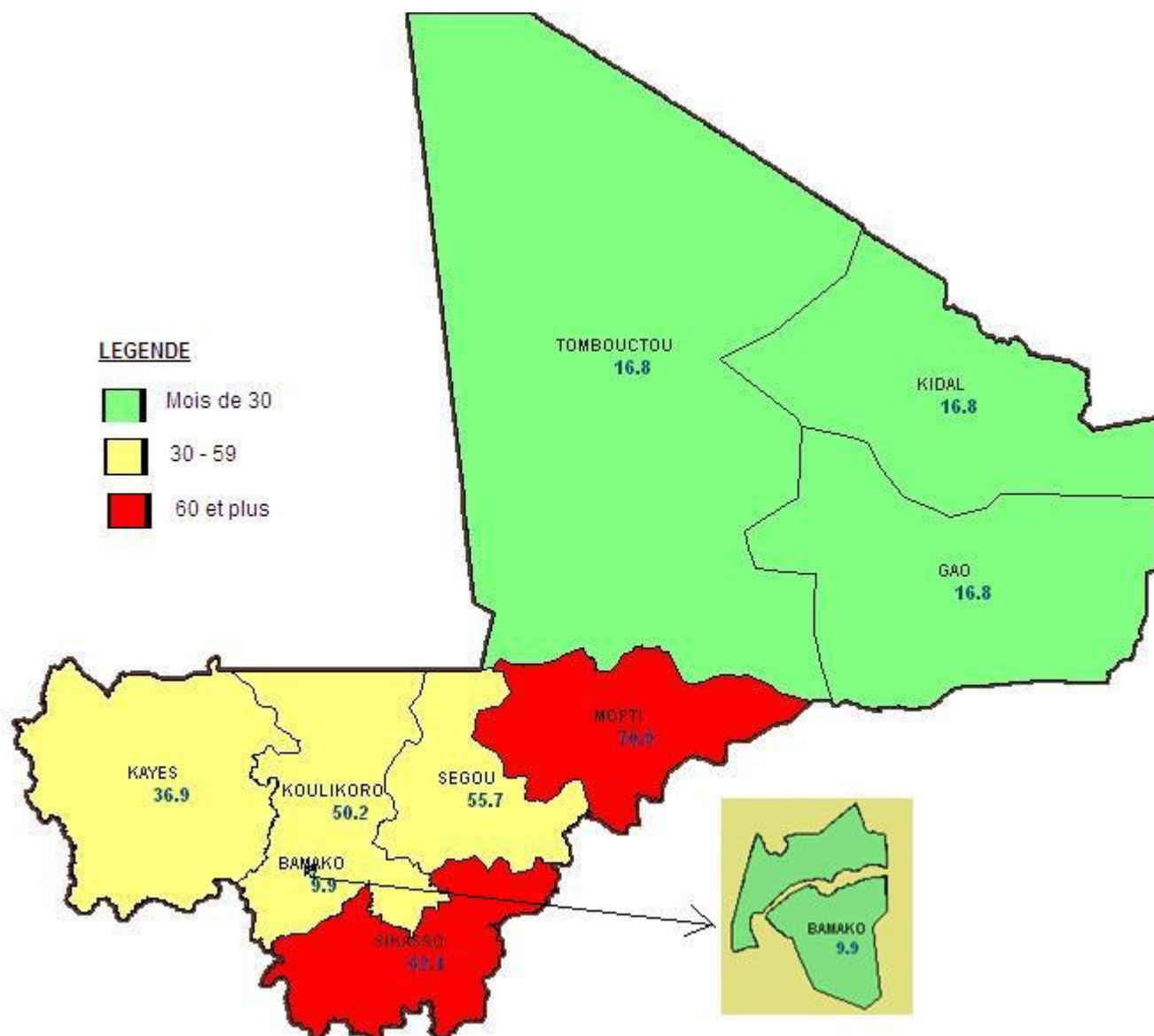
Pour inverser cette tendance, le Ministère de la Santé a mis en place la stratégie de Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) avec un accent particulier sur la PEC du paludisme, la formation continue des prestataires des secteurs public, privé et communautaire et l'amélioration de la disponibilité des intrants.

2.1.5. Stratification du paludisme et cartographie

Selon l'EDSM-V de 2012-2013, la prévalence nationale de la parasitémie est de 52% chez les enfants de moins de 5 ans. La prévalence du paludisme est variable suivant les régions : Mopti (71 %), Sikasso (62 %), Ségou (56 %), Koulikoro (50 %) et Kayes (37 %) et le district Bamako (10 %).

L'EDSM-V n'a pas couvert les 3 régions du Nord (Gao, Tombouctou et Kidal) à cause de l'insécurité. Cependant, l'EAP de 2010 avait trouvé une prévalence parasitaire de 17% pour l'ensemble de ces régions.

Figure 7 : Prévalence de la parasitémie du paludisme chez les enfants



Ces différents faciès sont influencés par des modifications locales dues à des facteurs naturels ou anthropiques qui amènent des variations circonscrites dans l'espace.

- Les facteurs naturels sont:
 - les cours d'eau permanents dont les plus importants sont le fleuve Sénégal, le fleuve Niger, les affluents et les chenaux des fleuves ;
 - les cours d'eau temporaires : rivières à écoulement temporaire ;
 - enfin les mares temporaires et les marécages.
- Les facteurs anthropiques :
 - les cultures irriguées et le maraîchage ;
 - la migration et le nomadisme ;
 - et l'urbanisation.

Toute la population du Mali est à risque de paludisme avec des degrés d'endémicité différents. Les niveaux de transmission peuvent varier considérablement d'une région à une autre et dans une même région, d'une localité à une autre suivant les conditions écologiques et d'une année à une autre suivant les conditions climatiques.

Tableau 6 : Stratification du paludisme

Strates	Caractéristiques principales et niveau de transmission	Prévalence parasitaire (EAP2010 et EDSM-V 2012-2013)	Taux d'incidence annuelle du paludisme simple (SLIS 2012)	Taux d'incidence annuelle du paludisme grave (SLIS 2012)	Nom de régions	Taille de la population (2012)
Strate 1	Haute transmission (PP > 50%)	56- 71%	59,08-121,03	30,06-58,3	Mopti, Sikasso Ségou	7 882 000
Strate 2	Transmission modérée (PP 10-50%)	17-50%	21,42-101,73	5,36- 48,8	Kayes, Koulikoro, Tombouctou, Gao, Kidal	6 402 999
Strate 3	Transmission Faible (PP <10%)	9,9%	116,13	39,68	District de Bamako	2 032 999

2.2. Performance du Programme de lutte contre le Paludisme

2.2.1. Historique de la lutte contre le paludisme

La lutte contre le paludisme a toujours été une priorité pour le gouvernement du Mali comme l'atteste l'adhésion du pays à plusieurs initiatives internationales notamment :

- la mise en place du Programme National de Lutte contre le Paludisme en 1993 suite à sa participation à la conférence ministérielle d'Amsterdam ;
- l'initiative Roll Back Malaria/ Faire reculer le paludisme en 1999 ;

- la déclaration d'Abuja du 25 avril 2000 lors de la conférence des chefs d'Etat et de Gouvernement.
- les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000 qui réaffirment l'engagement de la communauté internationale à agir ensemble pour réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme et la réduction de la pauvreté ;
- du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté

- le sommet des chefs d'état à Abuja sur le paludisme, la Tuberculose et le Sida en Mai 2006, qui a adopté l'accès universel ;
- le Mali sélectionné comme pays bénéficiant de l'Initiative présidentielle Américaine de Lutte contre le paludisme (PMI) en 2006 ;
- l'élaboration du plan quinquennal 2007-2011 en 2006, réalisée après l'évaluation finale du Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2001-2005. Ce plan s'inspire fortement de la politique nationale de santé et des stratégies mondiales de lutte antipaludiques. Celles ci sont basées sur le développement d'interventions efficaces en matière de prise en charge (CTA, TDR) et de prévention (MILD, TPI, pulvérisation intra domiciliaire).
- Dans le cadre de l'approche multisectorielle décentralisée, tous les niveaux ont pris part au partenariat impliquant les services publics, privés et la société civile.
- le Mali a adhéré à la couverture universelle aux interventions de lutte contre le paludisme suite à l'appel du Secrétaire général des Nations Unies en 2008 ;
- le Mali a élaboré et mis en œuvre une feuille de route pour l'atteinte de la couverture universelle des interventions de lutte contre le paludisme en Septembre 2009.

Depuis le 18 juillet 2007, l'ordonnance N° 07-022/PRM ratifiée par la loi N°07-060 du 30 novembre 2007 a créé la Direction du PNLDP dénommée 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.

2.2.2. Situation actuelle de la lutte contre le paludisme

2.2.2.1 Lutte contre les vecteurs du paludisme

Le contrôle des vecteurs est une intervention clé dans la lutte contre le paludisme. Ainsi, les deux plans stratégiques antérieurs ont été mis en œuvre avec un accent prépondérant sur la prévention multiple.

La lutte anti vectorielle vise essentiellement la prévention de l'infection par la protection contre les vecteurs, la réduction de la densité et de la longévité des vecteurs et la réduction ou suppression des gîtes larvaires des vecteurs.

Les objectifs de la lutte anti vectorielle visent une couverture en MILD de 100 % de la population (couverture universelle), une couverture d'au moins 85% des maisons/structures éligibles des districts retenus dans le cadre de la PID, la promotion de l'aménagement de l'environnement et le traitement biologique des gîtes larvaires, la conduite d'études de recherche opérationnelle et le renforcement de la collaboration entre les différents acteurs impliqués dans la lutte anti vectorielle.

Dans le cadre de la recherche opérationnelle, deux études de recherche opérationnelle ont été menées en 2008 et en 2009-2010. Cette dernière visait à explorer la valeur ajoutée de la lutte anti larvaire couplée à la PID dans six villages (3 tests et 3 témoins). Les résultats ont montré une réduction des

densités larvaires de 100% dans les gîtes sentinelles. Cependant l'impact sur la transmission du paludisme reste mitigé (Rapport larviciding/IRS, PMI, 2010).

➤ *La pulvérisation intra domiciliaire*

C'est l'une des composantes essentielles de la lutte anti-vectorielle contre le paludisme. Le PNL, avec l'appui de USAID/PMI, met en œuvre la pulvérisation intra domiciliaire depuis 2008 dans les districts sanitaires de Bla (Région de Ségou) et Koulikoro (Région de Koulikoro). En 2011, le programme a été étendu à un troisième district sanitaire, Barouéli dans la région de Ségou.

Deux classes d'insecticides ont été utilisées au cours des quatre années de la PID : les pyréthrinoïdes (lambda-cyhalothrine et deltaméthrine) et les carbamates (bendiocarb).

Tableau 7 : Evolution de la couverture en PID de 2008 à 2012 au Mali

INDICATEURS	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de structures planifiées			55468	215559	
Nombre de structures trouvées	44980	50046	50367	208998	208991
Nombre de structures traitées	41296	47863	48225	202821	205066
Couverture par rapport à la planification			87%	94.0%	98,12%
Couverture par rapport aux structures trouvées	92%	96%	96%	97.0%	97,40%
Nombre de personnes dans les structures trouvées	177584	191822	180609	861252	768863
Nombre de personnes dans les structures traitées	162920	176075	174692	697512	758021
Couverture de la population	92%	92%	97%	97.7%	98,59%
Nombre d'enfants de moins de 5 ans dans les structures trouvées	36034	37414	34463	149925	146898
Nombre d'enfants de moins de 5 ans dans les structures traitées	33087	34523	33315	146864	145121
Couverture des enfants de moins de 5ans	92%	92%	97%	97.9%	98,79%
Nombre de femmes enceintes dans les structures trouvées	5091	10650	5660	17292	18758
Nombre de femmes enceintes dans structures traitées	4700	9983	5470	16876	18538
Couverture des femmes enceintes	92%	94%	97%	16876	98,83%
Nombre de sachets utilisés	7827	11243	15752	64607	77103

Les objectifs de la campagne PID 2011 ont été largement atteints vu le taux de couverture et le nombre de structures pulvérisées. Le district de Barouéli était à une première édition contrairement aux deux autres (Bla et Koulikoro) qui étaient à leur 4^{ème} édition.

➤ **Promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides Longue Durée (MILD)**

Elle a toujours été une intervention prioritaire du Ministère de la Santé. La stratégie du PNLN ciblait les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. En 2011, la politique a évolué vers une couverture universelle selon les directives de l'OMS (soit une moustiquaire pour deux personnes). Cependant la nouvelle stratégie des OMD adoptée par Roll Back Malaria préconise une moustiquaire par couchette et ce depuis avril 2011 dans la zone « Projet Villages du Millénaire (PVM) » (Rapport de distribution des moustiquaires 2011).

Au fil du temps la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides a varié. En routine les MILD sont distribuées gratuitement aux femmes enceintes au cours des consultations prénatales (premier contact) et aux enfants de moins de 1 an après la vaccination anti rougeoleuse.

En plus de la routine, des campagnes de distribution gratuite de moustiquaires ont été organisées dans le pays : distribution dans les zones OMVS (200.000 MILD en 2009 et 203.040 en 2010), distribution de moustiquaires couplée à l'administration du vaccin anti rougeoleux, de la vitamine A et de l'Albendazole en 2007 et la distribution visant la couverture universelle qui est en cours depuis avril 2011 (4.369.197 MILD distribuées).

Tableau 8 : Couverture administrative en MILD de routine, de 2007 à 2012

Période (année)	Femmes enceintes vues en CPN			Enfants de 0 – 59 mois			Enfants de 0 – 11 mois		
	Population	MILD distribuées	Taux (%)	Population	MILD	Taux (%)	Population	MILD	Taux (%)
2007	614985	296796	48	2086028	371540	18	-	-	-
2008	571025	401085	70	1936916	311186	16	-	-	-
2009	631958	459577	73	2143601	451686	21	-	-	-
2010	751990	511984	68	601592	508090	84	-	-	-
2011	779 910	283 444	36	-	-	-	623742	248290	40
2012	763 362	320 918	42	-	-	-	10 689	308 115	50

Source: SLIS 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012

Le taux de distribution de moustiquaires imprégnées chez les femmes enceintes varie entre 73 % en 2009 et 42% en 2012.

Tableau 9 : Situation de l'approvisionnement en MILD pour FE vues en CPN de 2007 à 2012.

MILD pour Femmes enceintes vues en CPN	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Planifié par le PNLP	425 555	965 071	974 372	983 859	1 026 439	1 208 791
Réalisé par l'Etat	253 179	587 925	475 000	483 347	7 376 880	500 000
Réalisé par autres PTF	0	1 878 297	1 488 300	716 150	3 130	530 009
Total réalisé	253 179	2 466 222	1 963 300	1 199 497	7 280 010	1030009

Source : rapports annuels d'activités du PNLP

Dans le cadre de la distribution de routine, il a été livré en 2012 aux structures 1 030 009 MILD. La disponibilité des MILD a connu une grande période de perturbation avec la suspension du financement du Fonds Mondial.

Tableau 10 : Situation de la disponibilité en MILD de 2007 à 2012 pour les campagnes

Années de campagnes Item	2007 (enf<5)	2008	2009 (enf<5)	2010 (partielle)	2011 (partielle)	2012 (partielle)
Quantité MILD distribuée	2 262 404	-	400 000	375000	2934211	1 573 979
Population couverte	2 086 028	-	552264		5 342 849	2 499 356

La campagne de couverture universelle en MILD a commencé par les régions de Sikasso, Ségou et Mopti. Cette stratégie est tributaire de la mobilisation des ressources et des intrants.

Sur un total de 8 666 667 MILD prévues, le PNLP et ses partenaires ont pu distribuer 4.369.197 MILD pour la couverture universelle. Cette couverture a concerné l'ensemble des régions de Sikasso et Ségou ; 06 districts de Mopti, 01 district de Koulikoro et 01 district de Kayes.

- **Gestion des approvisionnements** (1.6.2.3 Système national d'approvisionnement et de gestion des produits pharmaceutiques et autres intrants)

2.2.2.2 Diagnostic et prise en charge du paludisme

La prise en charge des cas de paludisme est l'une des stratégies majeures de lutte contre le paludisme. La politique recommande le traitement des cas de paludisme après confirmation au laboratoire ou à partir des Tests de Diagnostic Rapide (TDR) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les molécules utilisées sont les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA), en l'occurrence l'Artemether-Luméfantine (A+LU) en première intention et l'Artésunate-Amodiaquine (AS+AQ) en traitement alternatif. Par ailleurs, la confirmation des cas chez les moins de 5 ans optionnelle en 2008 devient obligatoire à partir de 2010.

La prise en charge des cas de paludisme grave et compliqué se fait avec l'artesunate ou l'artemether ou la quinine injectable.

La politique prévoit également la gratuité de la prise en charge des cas de paludisme simple et grave chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes (TDR et traitement) et des fortes subventions sont mises en place pour les autres tranches d'âge.

La prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire a été adoptée lors de la dernière révision de la politique.

La révision des directives en 2010 intègre la notion de confirmation de tous les cas à tous les niveaux et la pharmacovigilance.

La politique révisée en 2010 préconise la prise en charge des cas simples de paludisme à tous les niveaux y compris le niveau communautaire. Les cas graves de paludisme ne doivent être pris en charge que dans les structures de référence. Cependant, certaines formations sanitaires périphériques prennent en charge les cas graves de paludisme à cause des problèmes d'accessibilité géographique et financière rendant la référence difficile ou la présence de médecins dans ces structures.

En matière de renforcement des capacités des ressources humaines, le PNLPC avec l'appui des partenaires techniques et financiers, a élaboré des documents de formation (manuel du participant et guide du facilitateur). Par ailleurs, les documents de formation des techniciens de laboratoire pour le diagnostic biologique du paludisme ont été élaborés.

Un pool de 26 formateurs nationaux a été formé (PNLPC, partenaires, MRTC, Pédiatre Hôpital Gabriel Touré, INRSP, militaires et INPS). Au niveau régional, 27 formateurs ont été formés sur les nouvelles directives thérapeutiques du paludisme. Enfin 1306 prestataires de soins toutes catégories confondues ont été formés au niveau périphérique.

En 2008 dans le cadre du renforcement des sites sentinelles 10 techniciens de laboratoire ont été formés. De 2010 à 2011, 40 techniciens de laboratoire ont été formés comme formateurs et superviseurs régionaux. Ils ont ensuite formés 471 agents des structures de référence au diagnostic biologique du paludisme.

Les relais communautaires (3092) ont bénéficié de la formation sur la prise en charge des cas de paludisme simple et la référence précoce des cas graves. Actuellement, la prise en charge des cas au niveau communautaire est intégrée dans la stratégie de Soins Essentiels dans la Communauté (SEC). Dans ce cadre, 11 formateurs nationaux ont bénéficié d'une orientation sur les SEC et 1800 ASC ont été formées dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti avec l'appui de Save the Children et l'UNICEF. La prise en charge communautaire est actuellement effective dans ces régions. Elle a été améliorée par la formation des tradithérapeutes (630) sur la reconnaissance des symptômes du paludisme et la référence.

2.2.2.3 Prévention du paludisme au cours de la grossesse

La prévention du paludisme chez la femme enceinte est une composante essentielle de la lutte contre le paludisme. Elle est axée sur la distribution gratuite des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD) et le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine (TPI/SP).

La distribution gratuite des MILD et l'administration de la SP se font au cours des soins prénatals.

Pour une harmonisation de la gestion des MILD et de la SP à tous les niveaux et l'adéquation de leur utilisation, des directives ont été élaborées.

Les documents des soins prénatals ont été révisés en adaptant les informations récentes relatives à la lutte contre le paludisme. Le renforcement des compétences des prestataires a été assuré à travers la formation et les supervisions formatives.

Les MILD, la SP sont gratuites. La qualité des services de consultation s'est améliorée.

2.2.2.4 Plaidoyer, IEC et Mobilisation Sociale

Le PNLP a développé des stratégies de soutien dont la communication et la mobilisation sociale conformément aux directives du document de politique de lutte contre le paludisme.

Les actions entreprises sont le plaidoyer en direction des décideurs politico administratifs et des partenaires techniques et financiers, la mobilisation sociale en direction de tous les intervenants dans la lutte antipaludique et la communication pour le changement social et de comportement (CCSC) à différents niveaux.

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

Les activités de communication sont coordonnées par la Division communication et Mobilisation Sociale du PNLP. Cette division travaille en étroite collaboration avec le CNI ECS et les cellules de communication des autres programmes dans le cadre du plan intégré de communication.

Le PNLP assure le leadership dans la mobilisation des ressources en impliquant les structures intéressées du Ministère et des partenaires.

Des interventions mises en œuvre au cours de la période 2007-2011, avec l'appui des partenaires au développement ont permis globalement d'améliorer les couvertures nationales en matière de prévention et de prise en charge du paludisme.

Les activités menées ont permis en particulier de:

- développer des outils de communication sur la prise en charge et les mesures préventives du paludisme ;
- concevoir et diffuser de façon large des supports éducatifs sur les différentes stratégies de lutte antipaludique ;
- renforcer les compétences du personnel sur la communication au niveau sanitaire et communautaire sur les interventions de lutte antipaludique, notamment la prise en charge des cas et les mesures préventives ;
- sensibiliser les communautés sur les mesures de lutte contre le paludisme à travers l'organisation de journées mondiales de lutte contre le paludisme et des journées nationales de mobilisation sociale sous l'égide des autorités politico-administratives ;
- mettre en place l'IEC en milieu scolaire sur la prévention du paludisme ;
- rédiger un guide de mise en place des comités de veille communautaire pour lutter contre le paludisme ;
- impliquer les journalistes et animateurs de radios de Bamako et des huit régions du Mali à la politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- former des relais RECOTRADE sur l'utilisation des MILD dans les huit régions et le District de Bamako ;
- impliquer le réseau des parlementaires dans la lutte contre le paludisme ;
- mettre en place des ASC ;
- impliquer les politiques, célébrités et artistes dans la production de spots et messages de lutte contre le paludisme.

2.2.2.5 Surveillance, suivi/évaluation et recherche opérationnelle

Le suivi/évaluation (S&E) au Mali est coordonné par le Ministère de la Santé et mis en œuvre en étroite collaboration avec les partenaires. Le plan national de S&E du Ministère de la Santé intègre un ensemble d'indicateurs standards de processus, de résultats et d'impact conformément aux priorités nationales définies dans le document du PRODESS II prolongé. Pour la lutte contre le paludisme, il existe un Comité national d'orientation qui joue le rôle d'organe d'impulsion, d'orientation et d'appui à la coordination du PNLP.

Dans le souci de mettre en place un cadre harmonisé du suivi/évaluation des activités de lutte contre le paludisme, les autorités sanitaires nationales ont élaboré en 2008 un Plan de suivi/évaluation aligné au Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2007-2011. La cartographie du risque est régulièrement mise à jour surtout pour les données de morbidité, les données entomologiques et les données sur la prévalence parasitaire. Ceci permet d'actualiser la stratification du paludisme dans le pays en fonction de la variabilité de l'endémicité (stable, instable) et du niveau de transmission (régulière longue > 6mois, régulière courte <3mois, sporadique).

Il existe au Mali plusieurs institutions de recherche qui mènent des activités sur la thématique du paludisme, notamment l'INRSP et le MRTC. Dans le cadre du partenariat du PNLP avec ces institutions, des études sont régulièrement réalisées sur divers thèmes dont les principaux sont : la sensibilité des vecteurs aux insecticides, l'efficacité des antipaludiques, l'application des supports imprégnés d'insecticides, l'implication des mères ou des guérisseurs traditionnels dans la lutte contre le paludisme au niveau communautaire. En plus il existe 13 sites sentinelles de surveillance pour collecter de façon continue les données de qualité sur la mortalité et la morbidité palustres mais aussi des données sur le laboratoire, l'entomologie et l'efficacité thérapeutique des antipaludiques.

Les défis identifiés sont en rapport avec l'insuffisance de ressources humaines, financières et matérielles et l'organisation du système national de suivi-évaluation.

2.2.2.6 Renforcement de la coordination et capacité institutionnelle du programme

La réforme institutionnelle du Programme National de Lutte contre le Paludisme a permis de disposer de moyens nécessaires à la mise en œuvre des interventions. En effet, le Programme National de Lutte contre le Paludisme a été érigé en Direction et placé sous l'autorité d'un Comité d'Orientation présidé par le Ministre de la Santé ou son représentant. Le Programme s'appuie sur un partenariat solide dont la coordination se fait autour d'un Comité de suivi de la lutte contre le paludisme. Un mécanisme de concertations régulières est mis en place au niveau de tous ces comités et entre le comité national et les groupes thématiques. Le PNLP est doté d'une Direction, 4 divisions (Division planification et suivi évaluation, Division surveillance épidémiologique et recherches, Division Prévention et prise en charge des cas, Division communication et mobilisation sociale) et une unité administrative et financière.

Des progrès ont été réalisés pour l'atteinte des objectifs nationaux en terme d'utilisation des MILD, la SP, la PID dans les zones ciblées par les interventions. Des insuffisances sont notées dans la mobilisation des ressources financières, la coordination des interventions, la gestion des activités de lutte contre le paludisme au niveau régions et districts, l'implication des acteurs des secteurs privé et parapublic et la gestion des approvisionnements.

Les défis majeurs se résument en la mise en place d'un mécanisme de coordination des interventions à tous les niveaux, la tenue régulière des réunions de coordination et la diffusion large des différents documents en matière de lutte contre le paludisme.

2.2.2.7. Organisation institutionnelle et cadre de programmation

La dernière restructuration de la lutte contre le paludisme au Mali remonte à l'année 2007 selon les 2 décrets suivants :

- Décret N° 07-022/P-RM du 18/07/2007 portant création du Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP), qui est rattaché au Secrétariat Général du Ministère chargé de la Santé. Ainsi, le PNLP est chargé de :
 - contribuer à la conception et à l'élaboration des stratégies nationales en matière de lutte contre le paludisme ;
 - coordonner les recherches et études dans le domaine de la lutte contre le paludisme ;
 - contribuer à l'élaboration des normes et des procédures et veiller à leur application ;
 - préparer les plans d'actions et veiller à leur mise en œuvre.

- Décret N° 07-253/P-RM du 02/08/2007 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement du PNLP. Conformément à ce Décret, on distingue :
 - des organes d'administration et de gestion du PNLP, représentés par :
 - le Comité d'orientation qui est présidé par le Ministre de la santé ou son représentant ;
 - la Direction : dirigée par un Directeur nommé par le décret du Conseil des Ministres, et qui a rang de Directeur de service central. Le Directeur est assisté et secondé par un Directeur adjoint ;
 - Des structures: le PNLP comprend une unité administrative et financière qui a rang de Division, et 4 Divisions techniques que sont :
 - la Division Planification et Suivi/Evaluation chargée de (i)-élaborer le plan opérationnel et (ii)-assurer le suivi/évaluation de la mise en œuvre ;
 - la Division Surveillance Epidémiologique et Recherche chargée de (i)-promouvoir la recherche sur le paludisme, (ii)-veiller à la détection des cas d'épidémies de paludisme, à la notification et à l'analyse des données, (iii)-appuyer les structures opérationnelles dans la gestion des épidémies de paludisme;
 - la Division Prévention et Prise en charge des cas chargée de (i)-mettre à jour la base de données du PNLP, (ii)-assurer le renforcement des capacités des prestataires en matière de lutte contre le paludisme ; participer à l'élaboration des normes en matière de diagnostic et de traitement, (iii)-mettre en œuvre les activités de lutte anti larvaire, (iv)-coordonner les activités de prise en charge des cas, (v)-centraliser les besoins en médicaments et Tests de diagnostic rapide en rapport avec la Direction de la Pharmacie et du Médicament et l'Unité administrative et financière ;
 - la Division Communication et Mobilisation sociale chargée de (i)-élaborer les supports, (ii)-élaborer les stratégies de communication nationales en matière de communication et de mobilisation sociale sur le paludisme, (iii)-participer aux activités de communication et de mobilisation sociale de lutte contre le paludisme, (iv)-assurer le marketing social en matière de lutte contre le paludisme.

2.2.2.8. Directives politiques et stratégiques

Le Mali dispose d'une politique nationale de lutte contre le paludisme dont la vision est : « Un Mali sans paludisme ».

La lutte contre le paludisme se fait à travers des stratégies majeures et de soutien.

2.2.2.8.1. Stratégies majeures :

➔ Lutte anti vectorielle

Les directives nationales en matière de lutte anti vectorielle visent à développer la Lutte Intégrée contre les Vecteurs (LIV) en se basant sur les actions simultanées suivantes :

- la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides, notamment chez les femmes enceintes pendant les consultations prénatales et chez les enfants ciblés lors des activités de vaccination de routine;
- la promotion de l'utilisation de bio larvicides pour la destruction des gîtes larvaires ;
- la recherche opérationnelle sera encouragée dans ses composantes biologique, chimique et génétique. Des directives seront développées pour le choix des produits utilisés;
- la pulvérisation intra domiciliaire dans les zones ciblées ;
- la promotion de l'hygiène et de l'assainissement.

➔ Prévention du paludisme pendant la grossesse

En plus de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée par les femmes enceintes, il a été adopté dans le document de politique de lutte antipaludique la promotion du Traitement Préventif Intermittent (TPI) avec la Sulfadoxine-Pyriméthamine comprimé comme stratégie de prévention du paludisme pendant la grossesse. Le TPI à raison d'au moins 3 cures de 3 comprimés de Sulfadoxine 500mg et Pyriméthamine 25 mg se fait en prises supervisées et espacées d'au moins un mois, entre le 4^{ème} mois de la grossesse et l'accouchement.

Des directives spéciales sont appliquées aux femmes enceintes séropositives et aux autres groupes spécifiques (sujets neufs, immunodéprimés, drépanocytaires).

➔ Chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3 à 59 mois (CPSe)

La CPSe est une nouvelle stratégie recommandée par l'OMS pour les pays du Sahel. Elle consiste à administrer quatre doses de SP et Amodiaquine (AQ) à un mois d'intervalle pendant la période de haute transmission (août à novembre).

➔ *Prise en charge des cas de paludisme*

Tout cas de paludisme doit être confirmé par la microscopie ou les tests de Diagnostic Rapide (TDR) avant le traitement y compris au niveau des ASC. Les combinaisons à base de dérivés d'artémisinine en comprimé sont retenues pour le traitement du paludisme simple (Artémether-Luméfántrine, Artesunate-Amodiaquine). L'artesunate ou l'artémether ou la quinine injectables sont retenus pour traiter les cas de paludisme grave. Ces trois molécules et l'artesunate suppositoires sont utilisées pour le pré transfert.

Il est précisé dans le document de politique de lutte antipaludique que le traitement du paludisme chez la femme enceinte doit être fait avec la quinine injectable et comprimé au cours du premier trimestre et CTA à partir du deuxième trimestre.

Pour assurer la sécurité des patients et garantir une adhésion durable au traitement, le plan national de pharmacovigilance est régulièrement renforcé.

➤ **Lutte contre les épidémies de paludisme**

La gestion de l'épidémie se fait dans le cadre du système de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR).

La surveillance épidémiologique est 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 sont les suivantes :

- le traitement complet en 3 jours des cas de paludisme simple par les CTA;
- le traitement de cas graves par l'artesunate ou l'artémether ou la quinine injectables ;
- la pulvérisation intra domiciliaire ;
- la destruction des gîtes larvaires par l'utilisation des larvicides ;
- et la distribution de MILD.

Dans le cadre de la gestion de la crise sécuritaire, le PNLP a développé et mis en œuvre en collaboration avec les partenaires au développement des stratégies de lutte dans les zones occupées (prévention et prise en charge) notamment la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées et le traitement préventif intermittent pendant la grossesse. Une attention particulière est accordée aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans pour lesquels les prestations de services ont été toujours gratuites bien avant la décision prise par le gouvernement de rendre gratuites les prestations des services de santé pour toute la population des régions du nord.

2.2.2.8.2. Stratégies de soutien

➤ ***Communication et mobilisation sociale***

Conformément aux directives du document de politique de lutte contre le paludisme et dans le cadre d'un large partenariat avec les structures spécialisées, des actions seront développées en fonction des composantes suivantes :

- plaider en direction des leaders politiques et des partenaires ;
- mobilisation sociale en direction de tous les intervenants dans la lutte antipaludique ;
- communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC) à différents niveaux.

➤ **Suivi et évaluation**

Le suivi et l'évaluation des activités restent 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 a permis de suivre les progrès enregistrés par rapport à la mise en œuvre des interventions et des activités, notamment la mesure des performances du Programme en rapport avec les objectifs fixés (produits, résultats, impact).

Dans le cadre des plans stratégiques du Programme, un plan de S&E (document unique de référence des parties prenantes) est systématiquement développé en vue de renforcer le système de S&E des parties impliquées dans la lutte contre le paludisme (SNIS, PNLP, autres) d'une part et harmonisé les outils de collecte et d'évaluation des interventions du programme (données SIS de routine, MIS, autre) d'autre part.

➤ ***Recherche opérationnelle***

Il existe au Mali plusieurs institutions de recherche qui mènent des activités sur la thématique du paludisme, notamment :

- l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) à travers ses départements de médecine traditionnelle et de santé communautaire ;

- le Centre de Formation et de Recherche sur le Paludisme (MRTC) de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

Dans le cadre du partenariat entre le PNLP et ces institutions, des études sont régulièrement réalisées sur divers thèmes cités plus haut au point 2.2.2.5.

2.2.2.8.3. Collaboration avec d'autres programmes

Plusieurs interventions de lutte contre le paludisme sont intégrées dans les programmes comme le PEV (distribution des MILD), la Santé de reproduction (distribution de MILD, TPI/SP), l'hygiène et assainissement (lutte anti vectorielle), la nutrition (SIAN, distribution des MILD).. Au niveau opérationnel, la lutte contre le paludisme est intégrée dans le PMA.

2.2.2.8.4. Contribution au renforcement du système de santé

En plus du comité d'orientation de la lutte contre le paludisme, les groupes thématiques des différentes instances régulent les différents programmes dont le PNLP qui sont entre autres les organes multisectoriels de coordination et de suivi du PRODESS aux différents niveaux du système (national, régional et district).

La lutte contre le paludisme est intégrée au niveau opérationnel. Il existe des points focaux dans les directions régionales de la santé et au niveau des districts.

Dans le cadre du renforcement des capacités des ressources humaines, le Programme dispose d'un module de formation paludisme pour les agents de santé. Des démarches sont en cours pour l'actualisation des curiculas au niveau des écoles de santé. La Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie, les Instituts Nationaux de Formation en Sciences de la Santé (INFSS) et les écoles privées de santé participent aussi au renforcement des capacités sur la lutte contre le paludisme.

2.2.2.8.5. Coordination du partenariat

Dans le cadre du mécanisme de coordination du partenariat, un Comité de suivi de la lutte contre le Paludisme a été créé en 2009.

Il est prévu des concertations régulières au niveau de tous les comités (le comité de pilotage, le comité d'orientation et le comité de suivi) et entre le comité national et les groupes thématiques.

Au cours de la mise en œuvre des différents plans stratégiques, des réunions trimestrielles de coordination du comité de pilotage du PNLP sont organisées.

2.2.2.8.6. Progrès réalisés en vue de l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux

A ce jour, d'importantes réalisations ont été faites dans la mise en œuvre des différentes interventions du PNLP. Avec l'érection du Programme en service rattaché au Secrétariat Général du Ministère de la Santé (avec rang de direction) en 2007 et une volonté pour l'atteinte des objectifs de couverture universelle des interventions, les activités se sont traduites au niveau opérationnel par une amélioration de l'accès et de la qualité de la prise en charge et par l'acceptation de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides comme un moyen utile de prévention.

Les performances du PNLP sont périodiquement mesurées à travers des enquêtes de couverture et/ou des évaluations d'impact au niveau des communautés. Ces évaluations sont réalisées en collaboration avec des institutions locales et internationales et les partenaires techniques et financiers. Les résultats des différentes évaluations ont beaucoup influencé le PNLP dans la prise de décisions pour adapter et/ou mettre à jour des stratégies du Programme.

Les principaux progrès réalisés entre 2006 et 2012 sont présentés dans le tableau ci-dessous:

Tableau 11 : Evolution des indicateurs du PNLP, 2006-2012

Indicateurs	2006	2007	2008	2009	2010	2012 (EDS V)
Proportion d'enfant de moins de 5 ans avec fièvre ayant bénéficié d'un traitement antipaludique dans les 24 heures selon les directives nationales	15% (EDS IV)	ND	ND	ND	7,8% (EAP)	15,4%
Proportion de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide	50% EDS-IV	ND	80,6% (Enquête nationale de possession et utilisation MILD)	ND	84,7% (EAP)	84,4%
Proportion des enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	36% EDS IV	ND	78,5% (Enquête nationale de possession et d'utilisation MILD)	ND	70,2% (EAP)	69,9%
Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MII la nuit précédant l'enquête	29% (EDS IV)	ND	73,9% (Enquête nationale de possession et d'utilisation MILD)	ND	FAP 62,7% (EAP)	75,2%
Proportion de la population tout âge confondu ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête			76,9% (Enquête nationale de possession et d'utilisation MILD)		ND	ND
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins 2 doses de TPI durant leur dernière grossesse avec une naissance vivante	11% EDS- IV	ND	ND	ND	51% (MICS)	32% (SLIS2012)
Proportion de personnes protégées par la PID dans 3 districts cibles	NA	NA	90,3% (2 districts)	93,5% (2districts)	97,2% (2 districts)	97% (3 district)
Morbidité proportionnelle paludisme	38,12% (SLIS)	37,53% (SLIS)	52,90% (SLIS)	38,45% (SLIS)	44,63% (SLIS)	42,22 %
Mortalité proportionnelle paludisme	37,29% (SLIS)	53,93% (SLIS)	65,26% (SLIS)	62,29% (SLIS)	60,60% (SLIS)	51,39%
Létalité hospitalière	1,87%° (SLIS)	1,38%° (SLIS)	1,00%° (SLIS)	1,43%° (SLIS)	1,38%° (SLIS)	0,9%°
Proportion d'enfants de 0 à 5 ans et plus de 5 ans avec paludisme confirmé (Prévalence de la parasitémie du paludisme)	ND	ND	ND	ND	38% (EAP)	52%

2.2.2.8.7. Financement de la lutte contre le paludisme

Dans le cadre du financement de la lutte contre le paludisme, tous les ans le PNLP se lance dans une campagne de mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme. Bien qu'à ce jour aucune table ronde n'ait été organisée en faveur de la lutte contre le paludisme, le PNLP a toujours mobilisé des ressources importantes à travers le mécanisme de financement des Plans Opérationnels du Ministère de la Santé, du Fonds Mondial et des partenaires au développement.

La contribution des partenaires a évolué au cours des 10 dernières années. Les mécanismes d'appui varient en fonction de chaque partenaire et se manifestent sous forme d'appui direct ou indirect.

Le tableau ci-dessous présente un résumé des principales sources de financements du PNLP.

Tableau 12 : Evolution des financements pour l'ensemble des acteurs (en milliers de F.CFA)

Sources de financement	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Etat	46 750	629 750	1 461 739	1 498 835	0	8593 939
ABS	0	0	44 175	95 153	0	0
Fonds Mondial	2 739 770	1 887 546	282 963	331 224	0	91574
OMS	0	0	18320	5 800	0	4983
UNICEF	0	0	-	1187393	0	2065
USAID/PMI	18 700	6 300 000	6 750 000	12600 000	11700 000	85116
MEASURE-évaluation	0	0	0	3 009	0	0
Autres	0	543 332	82 638	1 468 298	0	6900
TOTAL	2 805 220	9 360 628	8 639 835	17 189 712	11 700 000	8 784 577

2.2.2.8.8 . Forces et faiblesses de la lutte contre le paludisme

2.2.2.8.8.1. Lutte contre les vecteurs du Paludisme

➤ **Forces**

- ✓ Engagement des autorités dans la lutte contre le paludisme ;
- ✓ Financement des activités par des partenaires (FM, ONG, OMS, USAID,...) ;
- ✓ Existence de structures de recherche (MRTC, INRSP) ;
- ✓ Existence de réseaux organisés de tradipraticiens ;
- ✓ Organisation de la journée mondiale de lutte contre le paludisme ;
- ✓ Organisation des journées d'information dans le cadre de l'enseignement post universitaire ;
- ✓ Existence de documents normatifs (politique, directives) qui prennent en compte les recommandations de l'OMS en matière de lutte anti vectorielle;
- ✓ Disponibilité de plan stratégique de la PID;
- ✓ Distribution des MILD aux enfants de 0 à 5 enfants et aux femmes enceintes;
- ✓ Existence d'outils adaptés à la politique (manuel de formation);

- ✓ Réalisation de nombreuses études en rapport avec la lutte anti vectorielle :
 - bio-écologie des vecteurs du paludisme ;
 - la surveillance de la résistance des vecteurs aux insecticides ;
 - recherche sur la lutte anti larvaire (BTI) couplée à la PID.
- ✓ Engagement pour la couverture universelle en MILD.

➤ **Faiblesses**

- ✓ Insuffisance de ressources allouées aux activités de lutte anti vectorielle (humaines, matérielles et financières);
- ✓ Insuffisance de formation du personnel au niveau périphérique sur la lutte anti vectorielle (Techniciens sanitaires, points focaux);
- ✓ Faible participation communautaire ;
- ✓ Difficultés dans l'extension de la PID à d'autres zones (Insuffisance de ressources);
- ✓ Insuffisance de recherche opérationnelle ;
- ✓ Insuffisance dans la gestion de la résistance aux insecticides ;
- ✓ Insuffisance dans la coordination intra et extra du PNLN en matière de lutte anti vectorielle;
- ✓ Insuffisance dans le contrôle de qualité des MILD à la commande et sur le terrain (efficacité biologique et rémanence) ;
- ✓ Insuffisance de collaboration intersectorielle ;
- ✓ Insuffisance dans la remontée des données entomologiques ;
- ✓ Traitement ciblé des gîtes larvaires non encore appliqué.

2.2 .2.8.8.2. Paludisme et grossesse

➤ **Forces**

- ✓ Existence d'une politique nationale de gratuité des intrants (MILD, SP, TDR, Kit paludisme grave) pour la femme enceinte ;
- ✓ Existence de documents normatifs (Directives et manuels de formation) ;
- ✓ Existence d'un plan national de formation des prestataires en CPNR ;
- ✓ Existence d'une masse critique de prestataires formés en CPN Recentrée et en prise en charge des cas (traitement et diagnostic biologique) ;
- ✓ Intégration de la lutte contre le paludisme dans d'autres programmes (PEV, Nutrition, SR ...).

➤ **Faiblesses**

- ✓ Insuffisance dans l'organisation de l'offre de services de soins ;
- ✓ Rupture fréquente en intrants ;
- ✓ Faiblesse de la communication interpersonnelle entre les prestataires et les clients ;
- ✓ Irrégularité et faible qualité de la supervision formative ;
- ✓ Instabilité (mouvement) du personnel formé ;
- ✓ Insuffisance de coordination entre les différentes structures sanitaires et le niveau central (DNS, PNLN) ;
- ✓ Non respect de la gratuite de la SP (insuffisance dans l'application du décret sur la gratuité).

2.2 .2.8.8.3.Prise en charge des cas de paludisme

➤ Forces

- ✓ Existence d'une politique nationale de gratuité des intrants (CTA, GE/TDR et kit de paludisme grave) pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;
- ✓ Engagement du Gouvernement et des partenaires pour rendre disponible les intrants ;
- ✓ Forte subvention des CTA et TDR par l'Etat et ses partenaires pour les autres tranches d'âge ;
- ✓ Existence de documents normatifs (politique, directives) qui prennent en compte les recommandations de l'OMS (confirmation des cas, utilisation CTA, ..) ;
- ✓ Existence d'outils adaptés à la politique (manuel de formation, algorithme de prise en charge, fiche de notification des effets indésirables des médicaments..);
- ✓ Adaptation des documents de politique et des directives sur la base des résultats des études et de recherche ;
- ✓ Adoption de la stratégie Soins Essentiels dans la Communauté à travers les ASC.

➤ Faiblesses

- ✓ Insuffisances dans la gestion des médicaments :
 - commande non faite sur la base de la Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) ;
 - problème du circuit d'approvisionnement (pas de réponse aux commandes).
- ✓ Faiblesses dans le système de collecte de données:
 - insuffisance dans la notification des cas de paludisme (simple, grave) dans les registres ;
 - non rapportage du résultat biologique dans le registre de consultation ;
 - faiblesse dans la précision du traitement prescrit ;
 - non adaptation de l'outil de collecte au niveau CSCOM.
- ✓ Insuffisance de formation du personnel au niveau périphérique sur la PEC (42% formés par rapport à la prévision du plan stratégique 2007-2011) ;
- ✓ Insuffisance de la formation en cascade et in-situ ;
- ✓ Non dissémination des directives de prise en charge de 2010 ;
- ✓ Faible implication du secteur privé et parapublic (confessionnel, militaire) dans la prise en charge des cas ;
- ✓ Insuffisance de collaboration médecine conventionnelle et traditionnelle dans la prise en charge des cas ;
- ✓ Irrégularité des supervisions formatives ;
- ✓ Insuffisance de techniciens de laboratoire formés sur le diagnostic biologique ;
- ✓ Examen microscopique (Goutte Epaisse) reste payant pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;
- ✓ Rupture des intrants de prise en charge des cas.

2.2 .2.8.8.4.Préparation et riposte aux épidémies de paludisme et aux urgences

➤ Forces

- ✓ Engagement des autorités dans la lutte contre le paludisme ;
- ✓ Financement des activités par des partenaires (FM, ONG, OMS, USAID/PMI,...) ;
- ✓ Existence de structures de recherche (MRTC, INRSP) ;
- ✓ Existence de réseaux organisés de tradipraticiens ;

- ✓ Organisation de la journée mondiale de lutte contre le paludisme ;
- ✓ Organisation des journées d'information dans le cadre de l'enseignement post universitaire ;
- ✓ Existence de documents normatifs (politique, directives) qui prennent en compte les recommandations de l'OMS en matière de lutte anti vectorielle ;
- ✓ Disponibilité d'un plan stratégique de la PID ;
- ✓ Distribution des MILD aux enfants de 0 à 5 et aux femmes enceintes;
- ✓ Existence d'outils adaptés à la politique (manuel de formation) ;
- ✓ Réalisation de nombreuses études en rapport avec la lutte anti vectorielle : bio-écologie des vecteurs du paludisme, surveillance de la résistance des vecteurs aux insecticides, la lutte anti larvaire (BTI) couplée à la PID.

➤ **Faiblesses**

- ✓ Insuffisance de ressources allouées aux activités de lutte anti vectorielle (humaines, matérielles et financières);
- ✓ Insuffisance de formation du personnel au niveau périphérique sur la lutte anti vectorielle (Techniciens sanitaires, points focaux);
- ✓ Difficultés dans l'extension de la PID à d'autres zones (Insuffisance de ressources);
- ✓ Insuffisance dans la coordination intra et extra du PNLP en matière de lutte anti vectorielle;
- ✓ Gestion séparée de la lutte anti vectorielle entre les différentes divisions du PNLP;
- ✓ Insuffisance de coordination entre le Ministère de la Santé et les autres départements;
- ✓ Traitement ciblé des gîtes larvaires non encore appliqué.

2.2 .2.8.8.5. Gestion des approvisionnements et distribution des intrants antipaludiques

➤ **Forces**

- ✓ Existence de décrets relatifs à la subvention du coût de certains intrants antipaludiques ;
- ✓ Existence d'un document de politique pharmaceutique nationale révisé en 2010 ;
- ✓ Existence de mécanisme et des outils de mise en œuvre de cette politique pharmaceutique nationale (schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels avec un manuel révisé en 2011, contrat plan Etat/centrale d'achat (PPM), liste nationale des médicaments essentiels, formulaire thérapeutique national, guide thérapeutique national) ;
- ✓ Existence des institutions pour la mise en œuvre de la politique pharmaceutique ;
- ✓ Existence d'une centrale d'achat disposant de magasins dans toutes les régions ;
- ✓ Existence des dépôts répartiteurs de cercle dans tous les districts sanitaires ;
- ✓ Existence des dépôts de vente au niveau des CSCOM ;
- ✓ Existence de grossistes privés agréés dans l'approvisionnement en médicaments ;
- ✓ Engagement politique et financier de l'Etat à améliorer l'état de santé des populations ;
- ✓ Existence de personnel chargé de la gestion logistique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ✓ Implication active des populations dans la gestion des structures chargées des prestations de soins au niveau opérationnel y compris la gestion des médicaments ;
- ✓ Soutien financier et technique des partenaires au développement dans la réalisation des objectifs de santé que le Gouvernement Malien s'est fixé dans le PDDSS et sa composante quinquennale (PRODESS) ;
- ✓ Diminution des ruptures artificielles au niveau des points de prestations ;

- ✓ Augmentation des budgets alloués à l'approvisionnement des stocks ;
- ✓ Augmentation des quantités des approvisionnements ;
- ✓ Elargissement de la capacité de contrôle de qualité jusqu'au niveau régional avec l'utilisation des kits mini laboratoires par les régions.

➤ **Faiblesses**

- ✓ Insuffisance dans la centralisation de l'historique des données de consommation ;
- ✓ Inexistence d'un système d'information pharmaceutique ;
- ✓ Non prise en compte de la Consommation Moyenne Mensuelle dans la répartition des stocks faite par le PNLP ;
- ✓ Ruptures occasionnelles imputables au retard de livraison par les fournisseurs ;
- ✓ Insuffisance dans l'application des directives d'entreposage des intrants ;
- ✓ Insuffisance dans la coordination/collaboration des principaux intervenants de la chaîne d'approvisionnement ;
- ✓ Insuffisance de ressources financières pour les activités de supervision et de formation/Mise à niveau ;
- ✓ Insuffisance de matériels de transport des intrants à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement.

2.2 .2.8.8.6. *Plaidoyer, communication et mobilisation sociale*

➤ **Forces**

- ✓ Existence d'un plan de communication actualisé ;
- ✓ Formation du personnel du Développement social en IEC sur la prévention du paludisme ;
- ✓ Appui des partenaires dans le financement des activités de communication ;
- ✓ Fonctionnement du Comité de suivi du Plan d'action du PNLP ;
- ✓ Existence d'un important réseau d'agents de santé communautaire (ASC) et relais communautaires ;
- ✓ Existence de radios de proximité ;
- ✓ Existence de réseaux de communicateurs (RECOMSA et RECOTRADE).

➤ **Faiblesses**

- ✓ Retard dans la mise en œuvre du Plan de communication ;
- ✓ Dissémination du Plan de communication pour le niveau régional seulement ;
- ✓ Insuffisance dans le Suivi/Evaluation des activités de communication ;
- ✓ Insuffisance de suivi des activités du Plan de communication ;
- ✓ Non fonctionnalité des groupes thématiques RBM ;
- ✓ Faible implication des structures privées dans la promotion des stratégies de prévention, notamment l'acquisition des MILD et l'utilisation du TPI pendant la grossesse ;
- ✓ Insuffisance dans le financement des activités du Plan de communication ;
- ✓ Manque de coordination entre les différents acteurs ;
- ✓ Absence d'indicateurs de communication dans le plan stratégique 2007-2011 ;
- ✓ Manque de personnel formé en informatique et en anglais ;
- ✓ Absence d'un plan de marketing et inexistence de personnel qualifié dans le domaine ;
- ✓ Faible implication du PNLP dans les activités de communication des autres structures/ONG.

2.2 .2.8.8.7.Suivi/évaluation et recherche opérationnelle

➤ Forces

- ✓ Existence et dissémination du plan de suivi/évaluation harmonisé 2007-2011 ;
- ✓ Mise à disposition d'outils de collecte de données sur le paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ✓ Existence d'un système pilote de remontée électronique des données ;
- ✓ Disponibilité de certaines données d'impact et de couverture à jour grâce aux enquêtes réalisées en collaboration avec les partenaires ;
- ✓ Existence de sites sentinelles de surveillance ;
- ✓ Existence d'un comité national d'orientation impliquant les partenaires pour la coordination des activités du Plan d'action annuel du PNLP ;
- ✓ Bonne collaboration du PNLP avec les instituts de recherche notamment dans les domaines en rapport avec la surveillance épidémiologique et les aspects parasitologique et entomologique.

➤ Faiblesses

- ✓ Insuffisance dans l'organisation du système national de suivi-évaluation ;
- ✓ Multiplicité des outils de collecte des données sur le paludisme ;
- ✓ Insuffisance de ressources financières et humaines qualifiées dans le domaine du suivi-évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ✓ Insuffisance de prise en compte des indicateurs clés de la lutte contre le paludisme dans les outils du SNIS ;
- ✓ Insuffisance de la prise en compte des informations sur le paludisme dans le guide national de supervision intégrée ;
- ✓ Insuffisance dans la supervision et le monitoring ;
- ✓ Insuffisance dans la collecte, l'analyse, la compilation et la transmission des données au niveau opérationnel ;
- ✓ Insuffisance dans l'archivage des données à tous les niveaux ;
- ✓ Insuffisance de l'utilisation des informations produites pour la prise de décision ;
- ✓ Insuffisance de financement des projets de recherche.

2.2 .2.8.8.8Capacités de gestion et de coordination du Programme

➤ Forces

- ✓ Existence d'instances de coordination telles que les comités de coordination des activités, les groupes thématiques « Faire Reculer le Paludisme », les organes multisectoriels de coordination et de suivi du PRODESS aux différents niveaux du système national ;
- ✓ Existence de plans d'action annuels au niveau régional qui intègre la lutte contre le paludisme ;
- ✓ Existence des points focaux paludisme dans les régions ;

- ✓ Existence de documents au niveau régional et district: politique de lutte contre le paludisme, directives et les outils, plan de suivi/évaluation intégré, Manuel de formation avec des modules prenant en compte tous les volets ;
- ✓ Existence des partenaires en appui au niveau région et district ;
- ✓ Existence d'une base de données des agents formés ;
- ✓ Existence de Plan opérationnel annuel intégrant le paludisme au niveau district ;
- ✓ Existence d'un cadre de concertation hebdomadaire ou mensuelle intégrant des questions sur la lutte contre le paludisme.

➤ **Faiblesses**

- ✓ Retard dans l'adoption de la stratégie des S EC ;
- ✓ Non respect du cadre organique de la Direction du PNLP ;
- ✓ Insuffisance de personnels qualifiés en matière de lutte contre le paludisme à tous les niveaux ;
- ✓ Faible capacité de coordination et de gestion des activités de lutte contre le paludisme au niveau de certains districts et régions ;
- ✓ Faible implication des acteurs des secteurs privé, confessionnel et parapublic dans les activités de lutte contre le paludisme ;
- ✓ Irrégularité dans la fonctionnalité des groupes thématiques du comité d'orientation ;
- ✓ Manque de locaux adaptés et insuffisance d'équipements au niveau du siège du PNLP et dans certaines localités ;
- ✓ Insuffisance des moyens logistiques et financiers pour la mise en œuvre des activités à tous les niveaux ;
- ✓ Absence de répertoire des agents formés au niveau de certaines régions et districts ;
- ✓ Non disponibilité de certains documents de lutte contre le paludisme au niveau de certains districts et régions ;
- ✓ Faible collaboration de certains partenaires en matière d'information sur les données et les ressources financières.

2.2.2.9. Défis pour le Plan stratégique 2013-2017

Les résultats de la RPP, de l'enquête MIS (2010) et de l'EDSM-V (2012-2013) ont montré des progrès significatifs en matière de lutte contre le paludisme. Cependant, beaucoup de défis restent encore à relever en vue d'atteindre les objectifs sur l'accès universel. Il s'agira notamment de développer des interventions efficaces en direction des populations à risque pour permettre:

- l'utilisation effective des MILD par les populations;
- l'accès universel au diagnostic biologique du paludisme (microscopie, TDR);
- l'accès universel à un traitement antipaludique efficace dans les formations sanitaires et au niveau communautaire ;
- la protection des femmes enceintes par les mesures préventives du paludisme recommandées;
- la mise à échelle de la CPSe ;
- la mise en place d'un système de surveillance et de suivi/évaluation performant au niveau des formations sanitaires (public, privé) et de la communauté;
- la mise en place d'un système d'Assurance Qualité à travers un réseau de laboratoire performant ;

- la mise en place d'un système performant de pharmacovigilance, de contrôle de qualité et de surveillance de l'efficacité des antipaludiques;
- la documentation des bonnes pratiques et des expériences réussies supportées par des résultats de recherche opérationnelle;
- la mise en place d'une plateforme de mobilisation des ressources en faveur du paludisme auprès de l'Etat et des partenaires au développement;
- la mise en place d'un partenariat fonctionnel impliquant les acteurs et les différentes parties prenantes dans la lutte contre le paludisme, notamment la société civile et le secteur privé ;
- la mise à échelle du système de remontée électronique des données.

III. CADRE STRATEGIQUE DU PLAN

Le présent Plan Stratégique est conçu pour une période de cinq ans (2013-2017). Les objectifs de ce Plan sont en étroite ligne avec les orientations de la Politique Nationale de Santé et de population, les axes stratégiques du PDDSS 2012-2021, le CSCR P 2012-2016 et les OMD 2015.

3.1. Vision

" Un Mali sans paludisme".

3.2. Mission et Principes directeurs

La mission du Programme est d'assurer à toute la population un accès universel et équitable aux interventions de lutte antipaludique dans le cadre de la politique nationale de santé.

Compte tenu de la diversité des conditions géo climatiques du Mali et des différents types de faciès épidémiologiques, des interventions spécifiques seront adaptées aux 2 zones respectives de transmission de paludisme, stable et instable.

Ainsi, les activités préventives et curatives en rapport avec l'accès universel seront mises en œuvre à l'échelle nationale en vue de contrôler durablement le paludisme. Les activités spécifiques cibleront les zones à transmission instable (surveillance épidémiologique, suivi entomologique, communication et mobilisation sociale, prise en charge des cas, recherche opérationnelle).

Les principales interventions du plan stratégique 2013-2017 portent sont les suivantes :

- assurer un accès universel aux mesures de prévention pour toute la population à risque de paludisme, notamment l'utilisation des MILD , du TPI chez les femmes enceintes et de la Chimio Prévention Saisonnière chez les enfants de moins de 5 ans (CPSe);
- assurer la protection pour 100% de la population des zones ciblées par la PID;
- assurer la confirmation biologique (TDR, microscopie) pour 100% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires publiques, parapubliques, confessionnelles, communautaires et privées ;
- assurer la confirmation biologique (TDR) pour 100%des cas suspects de paludisme vus par les agents de santé communautaires;
- assurer la prise en charge correcte de 100% des cas de paludisme confirmés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et chez les agents de santé communautaires;

- renforcer un système de surveillance sentinelle (épidémiologique, entomologique) pour les zones à transmission instable de paludisme;
- renforcer le système de surveillance épidémiologique intégré du paludisme au niveau de tous les districts sanitaires et hôpitaux en vue de produire des données hebdomadaires de qualité permettant de prendre une décision adéquate en cas de nécessité ;
- renforcer la communication en vue d'un changement social et de comportement des populations en faveur de la prévention et de l'utilisation précoce des services de santé en cas de fièvre;
- redynamiser le système de surveillance et de suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme, notamment la mise en place d'un système de surveillance de routine fonctionnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris les hôpitaux ;
- renforcer la recherche opérationnelle par des études et des enquêtes sur les interventions de lutte contre le paludisme ;
- renforcer le partenariat « Faire Reculer le Paludisme » pays en vue de mobiliser un financement viable prenant en compte les contributions de l'Etat et d'autres opportunités de financement;
- renforcer la collaboration inter-pays en matière de lutte contre le paludisme ;
- renforcer les capacités managériales du Programme et les mécanismes de coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

3.4. But, objectifs, résultats attendus

3.4.1 But

Contribuer à la réduction du fardeau du paludisme à un niveau où il ne constitue plus une cause majeure de morbidité et de mortalité, ni une barrière au développement économique et social.

3.4.2 Objectifs

D'ici fin 2015 et au-delà:

1. Réduire les décès liés au paludisme à un chiffre proche de zéro;
2. Réduire les cas de paludisme d'au moins 75% par rapport à 2000;
3. Renforcer les capacités de coordination et de gestion du Programme.

➤ Résultats attendus du Plan

D'ici fin 2015 et au-delà :

- Au moins 80% de la population à risque de paludisme utilisent les MILD, y compris les enfants de moins de 1 an et les femmes enceintes ;
- Au moins 80% des femmes enceintes ont bénéficié d'une protection par le TPI3 au cours de leur grossesse;

- Au moins 80% des enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées par la chimio-prévention saisonnière du paludisme ont bénéficié d'une protection;
- Au moins 80% des enfants de 0 à 5 ans ont bénéficié d'un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures conformément aux directives nationales;
- Au moins 80% des populations des zones ciblées par la PID ont bénéficié d'une protection;
- Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés dans les formations sanitaires ont reçu un traitement conformément aux directives nationales ;
- Au moins 90% des patients hospitalisés pour paludisme grave confirmé ont reçu une PEC appropriée conformément aux directives nationales;
- Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés par les agents de santé communautaires ont reçu un traitement antipaludique conformément aux directives nationales ;
- Au moins 80% de la population connaissent les mesures de prévention recommandées contre le paludisme ;
- Au moins 90% des situations d'urgence et d'épidémies de paludisme sont détectés dans les deux semaines et ont reçu une réponse adéquate conformément aux directives nationales.

IV. INTERVENTIONS ET STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE

4.1. Lutte contre les vecteurs du paludisme

Au cours de ce plan, elle sera renforcée sur la base des acquis, notamment :

– *Les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée:*

Dans le cadre de la routine, elles seront distribuées gratuitement aux femmes enceintes au cours de la Consultation Périnatale (1^{er} contact) et aux enfants de moins de 1 an lors de la vaccination de routine. Une campagne de masse de distribution des MILD est prévue en 2015 et ciblera toute la population (1 MILD pour 2 personnes).

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 MILD, le partenariat entre le secteur privé, le secteur public et la société civile sera renforcé.

– *La pulvérisation intra domiciliaire :*

La PID sera appliquée tous les ans dans 3 nouveaux districts sanitaires. Toutes les précautions de sécurité et de gestion des déchets seront prises avant, au cours et à la fin de sa mise en œuvre. Cette intervention sera mise en œuvre en partenariat avec PMI, les DRS, District Sanitaire (DS) et les communautés. Elle se fera avec une forte implication des collectivités décentralisées et de la société civile.

- La lutte anti larvaire

L'accent sera mis sur la promotion de l'hygiène et de l'assainissement, la destruction et le traitement des gîtes larvaires. Le volet recherche opérationnelle sera aussi développé.

4.2. Diagnostic et prise en charge du paludisme:

Conformément à la politique de lutte contre le paludisme, tout cas de paludisme doit être confirmé par la microscopie ou les TDR avant le traitement.

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

Pour les cas de paludisme simple confirmés (TDR ou Microscopie), la combinaison Artemether - Lumefantrine (A- LU) est retenue en première intention et l'Artésunate-Amodiaquine (AS+AQ) en traitement alternatif. Les CTA seront utilisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour traiter les cas de paludisme simple.

Le traitement du paludisme simple chez la femme enceinte doit être fait avec :

- la quinine comprimée au cours du premier trimestre ;
- et les CTA à partir du deuxième trimestre.

Pour les cas graves confirmés, il y aura des kits spéciaux gratuits pour le traitement des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes.

Les dérivés de l'Artémisinine injectable et la quinine sont retenus pour traiter les cas de paludisme grave. Les cas seront pris en charge après confirmation par le personnel de santé au niveau d'une structure de santé appropriée.

Le traitement du paludisme grave chez la femme enceinte doit être fait avec :

- la quinine injectable au cours du premier trimestre;
- l'Artésunate ou l'Artemether ou la quinine injectables à partir du deuxième trimestre.

Le personnel de santé impliqué dans la PEC des cas sera formé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (prescripteurs et laborantins).

Les groupes spécifiques à risque bénéficieront de TPI et de traitement adaptés à leur situation (enfant de moins de 5 ans, drépanocytaire, voyageurs, PVVIH).

Pour le niveau communautaire, des agents de santé Communautaires (ASC) seront formés/mis à niveau sur la PECADOM et assureront la prise en charge des cas de paludisme simple après confirmation par les TDR.

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

4.3. Prévention du paludisme au cours de la grossesse

Le médicament pour le traitement préventif intermittent (TPI) reste la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP). Le TPI pour la femme enceinte sera mis en œuvre à tous les niveaux du système de santé. La Sulfadoxine Pyriméthamine est gratuite chez la femme enceinte et doit être administrée en prise supervisée à raison d'au moins 3 doses de 3 comprimés espacées d'au moins un mois, à partir du 4^{ème} mois de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

Aussi, la femme enceinte bénéficiera d'une distribution gratuite de MILD dès le premier contact dans le cadre du paquet des services offerts lors de la CPN.

Des directives seront développées à l'intention du personnel de la CPN et des stratégies avancées seront menées par les équipes des formations sanitaires.

4.4. Préparation et réponse aux épidémies de paludisme et aux situations d'urgence

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 SIMR.

La surveillance épidémiologique sera renforcée par la définition des seuils épidémiques et la redynamisation des sites sentinelles de surveillance. Des stocks d'antipaludiques seront pré-positionnés dans les régions/districts à risque d'épidémie de paludisme.

Les mesures d'urgence en cas d'épidémie, à exécuter de façon simultanée seront :

- le traitement complet en 3 jours des cas de paludisme simple par les CTA ;
- le traitement des cas grave par l'artésunate ou l'artémether ou la quinine injectables ;
- la destruction des gîtes larvaires par l'utilisation des larvicides ;
- la distribution de MILD ;
- et la PID.

4.5. Plaidoyer, IEC et Mobilisation Sociale

Les activités de communication dans le cadre de la politique de lutte contre le paludisme seront développées sur les différentes interventions de prévention et de prise en charge à travers divers canaux de communication.

Des supports de communication seront élaborés et diffusés à tous les niveaux. De même, le plaidoyer en direction des leaders politiques et des partenaires, la mobilisation sociale et les activités à base communautaires seront entreprises au niveau communautaire.

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

4.6. Surveillance, Suivi & Evaluation et Recherche opérationnelle

Le suivi/évaluation est coordonné par le Ministère de la Santé et mis en œuvre en étroite collaboration avec les partenaires. A ce titre, le Ministère 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.

Le plan national de suivi évaluation 2013-2017 sera le document de référence pour la mise en œuvre du Plan stratégique 2013-2017.

La performance de la lutte sera appréciée à travers des mesures mensuelles, trimestrielles, annuelles, bi-annuelles et quinquennales. Les rapports d'activités seront partagés avec tous les acteurs.

4.7. Renforcement institutionnel de la coordination du Programme

En plus de l'acquisition de moyens logistiques et matériels par les différents niveaux impliqués dans la lutte antipaludique, plusieurs actions seront entreprises pour renforcer les capacités du Programme à différents niveaux, notamment les équipes gestionnaires de la lutte contre le paludisme et acteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions.

Les équipes du PNLP, des DRS et des DS seront formées sur des thématiques diverses en vue de les rendre plus compétentes. Tous les niveaux de la pyramide sanitaire et la société civile seront partie prenante dans la mise en œuvre des activités de lutte antipaludique.

V. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN

Le plan de suivi-évaluation 2013-2017 permettra de suivre l'évolution des indicateurs retenus dans le cadre de performance et servira de document de référence.

5. 1. Cadre de performance

Le suivi de la performance du plan stratégique 2013-2017 se fera à travers un processus continu de collecte et d'analyse des données permettant de s'assurer des progrès réalisés tout au long de la mise en œuvre des interventions.

Les indicateurs de performance qui serviront à mesurer les changements recherchés seront définis dans une matrice appelée cadre de performance.

Cette matrice prend en compte les indicateurs d'impact, d'effet (résultats), de produits et de processus, tels que décrits dans le plan de suivi-évaluation 2013-2017.

5.2. Suivi des progrès

Plusieurs monitorages seront conduits pour le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique et pour renseigner le niveau des progrès atteints. Ce suivi portera aussi bien sur le processus que les changements induits. Il mettra l'accent sur les intrants, les activités, les produits et les résultats obtenus. L'élaboration d'un plan d'action opérationnel permettra de définir de façon annuelle les activités, les responsabilités et les délais d'exécution des activités à mener par domaine d'intervention. Il s'agira notamment de l'organisation de réunions de coordination à différents niveaux de la pyramide sanitaire y compris avec la société civile et le secteur privé. Les supervisions par les différents niveaux permettront de renforcer les capacités des prestataires et surtout de corriger à temps les insuffisances notées (rencontres de validation des données de morbidité et de gestion des médicaments et autres intrants).

Une base de données intégrant tous les indicateurs de lutte contre le paludisme au niveau du PNLP sera réactualisée en collaboration avec les différentes parties impliquées dans la gestion des informations sur le paludisme.

5.3. Evaluation de l'impact et des résultats

5.3.1 Utilisation des données de routine

Les données liées à la lutte contre le paludisme sont intégrées en majorité dans les outils du SNIS. Des rencontres périodiques seront organisées avec l'équipe chargée du SNIS pour le suivi de l'évolution des indicateurs liés au paludisme. Par ailleurs, un appui aux activités de supervision des données SNIS et de contrôle de qualité sera apporté à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

L'ensemble des données de routine produites par le SNIS serviront à l'élaboration des rapports d'activités et autres évaluations.

La revue de performance à mi-parcours du Plan Stratégique sera réalisée en 2015 et permettra d'apprécier les taux d'exécution des activités, d'identifier les goulots d'étranglements et de proposer des orientations pour améliorer les résultats.

La RPP finale du Plan Stratégique débutera en fin 2017. Elle permettra d'évaluer les performances de la mise en œuvre des différentes interventions, les forces et faiblesses et surtout de faire des recommandations pour le futur Plan stratégique 2018-2022.

5.3.2 Evaluation de l'impact

Les évaluations de l'impact des interventions de lutte se feront tout au long de la mise en œuvre du Plan stratégique et à la fin de l'année 2017.

Les principales enquêtes nationales d'évaluation sont le MIS, le MICS, l'EDS et les enquêtes dans les formations sanitaires.

L'Enquête sur les indicateurs du paludisme (EIP) prévue en 2015, permettra de mesurer aussi bien la couverture des interventions que la prévalence du paludisme.

VI. GESTION DU PROGRAMME

La gestion du PNLN est sous la responsabilité d'un Directeur, assisté d'une équipe pluridisciplinaire.

La lutte contre le paludisme est intégrée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle fait intervenir différents acteurs.

6.1. Ressources humaines

6.1.1 Structure organisationnelle

La coordination, le suivi et l'évaluation des interventions de lutte antipaludique se font à travers les organes et instances créés dans le PRODESS, notamment :

- le Comité de suivi du PRODESS: présidé par le Ministre de la Santé (MS), avec comme vice-présidents un représentant des partenaires techniques et financiers et un représentant de la société civile. Il est composé des représentants des services de la superstructure administrative, des services centraux, des services rattachés, des services personnalisés, des représentants des autres départements et des collectivités territoriales et des partenaires techniques et financiers (au plus haut niveau). Il se réunit une fois par an selon les besoins. Il est l'organe de suivi du PRODESS ;
- le Comité technique du PRODESS: présidé par le Secrétaire Général du MS est composé des représentants de tous les services centraux et des partenaires techniques et financiers du PRODESS. Il se réunit une fois par semestre. Il est l'organe technique de coordination du programme sectoriel ;
- le comité de pilotage du PRODESS: présidé par le Secrétaire Général du MS, regroupe les services techniques centraux et les représentants de la Société Civile. Il se tient tous les deux mois, pour suivre la mise en œuvre du programme afin de lever régulièrement les goulots d'étranglements, les contraintes et les obstacles ;
- les journées d'évaluation et de planification : présidées par le Ministre de la Santé regroupent les représentants des services de la superstructure administrative, les services

centraux, les services rattachés et les services personnalisés. Elles ont lieu une fois par an avant la deuxième réunion du comité technique.

Au niveau Intermédiaire, il y a le Comité Régional d’Orientation, de Coordination et d’Evaluation du PRODESS (CROCEP) qui est présidé par le Gouverneur. Ce comité est chargé essentiellement d’examiner et de valider les plans et programmes de développement sanitaire de la région et aussi d’assurer le suivi de leur exécution. Il regroupe les autorités politiques et administratives de la région et les autres acteurs intervenant dans la mise en œuvre du PRODESS.

Dans les réunions de l’assemblée régionale des collectivités décentralisées où siège le Directeur régional de la santé et le Directeur de l’établissement public hospitalier de la région, les problèmes de santé en général et de paludisme en particulier sont débattus sur la base des rapports techniques présentés.

Le Directeur régional de la santé qui siège dans le CROCEP est chargé de rapporter sur les questions de santé au niveau régional, y compris celles se rapportant à la lutte contre le paludisme.

Au niveau opérationnel, le Conseil de Gestion du PRODESS est surtout chargé de l’adoption et de la validation des plans de développement et de plans opérationnels des districts sanitaires au niveau cercle. Il est présidé par le Préfet et composé des autorités politiques, administratives locales, les médecins-chefs, la société civile et les autres acteurs du PRODESS. Il se réunit deux fois par an.

Le Conseil communal est chargé du suivi du PDSEC qui prend en compte des activités prioritaires de santé, y compris le paludisme.

-6.1.2 Renforcement des capacités

Dans le cadre du plan stratégique, le PNLP sera renforcé en personnel au besoin, mais surtout en compétences sur la base des insuffisances notées par la RPP . Il s’agit entre autres de formations en épidémiologie et bio statistique, en recherche sur la santé, en communication, en suivi-évaluation, en paludologie, en gestion des données, etc.

6.2 Planification et mise en œuvre

Après l’adoption officielle du Plan Stratégique 2013-2017, un plan d’action opérationnel en sera extrait tous les ans. Ce plan prendra en compte toutes les interventions de lutte contre le paludisme à réaliser au niveau opérationnel et sera coordonné avec les partenaires, les directions régionales et les districts sanitaires.

La coordination et le suivi de la mise en œuvre des interventions entre les acteurs du niveau central et du niveau opérationnel se feront à travers les réunions et les supervisions.

Des activités intégrées seront mises en œuvre avec d’autres programmes de santé tels que Santé de la Reproduction (SR), le PEV....

Des réunions semestrielles (task force) regroupant les partenaires et les différents acteurs seront organisées pour apprécier l’état de mise en œuvre des activités planifiées et au besoin leur réorientation.

6.3. Coordination des partenariats

Le PNLP dispose d'un cadre de partenariat à travers différents mécanismes de coordination. Il s'agit en particulier des Comités ci-dessous :

- un comité d'orientation créé en 2007 comprenant les partenaires se réunit semestriellement pour orienter, suivre et impulser le processus de mise en œuvre du plan opérationnel annuel du PNLP;
- un comité de pilotage du PNLP créé en 2009 comprenant les partenaires se réunit mensuellement pour le suivi de la mise en œuvre des activités du PNLP ;
- un comité de suivi des intrants a été mis en place en 2009 et se réunit trimestriellement.

Dans le cadre de ce plan, le partenariat sera renforcé par la mise en place du forum des partenaires.

6.4. Système de gestion des achats et des stocks

Pour prévenir les ruptures et assurer des prestations de services de qualité, les intrants antipaludiques (CTA, TDR, MILD, SP, Quinine, SP/AQ) seront commandés en quantité suffisante et distribués à travers la PPM dans le cadre d'un protocole d'accord.

La centrale d'achat assurera le stockage puis l'acheminement de ces produits jusqu'au niveau des formations sanitaires. A cet effet, il existe au niveau régional et districts sanitaires des dépôts pour le stockage de médicaments et intrants qui sont gérés par des pharmaciens. Une fois disponibles au niveau des districts sanitaires, les prestataires de soins des structures sanitaires s'approvisionneront à leur tour.

L'approvisionnement des officines privées en antipaludiques et intrants est fait par les grossistes répartiteurs privés.

6.5. Gestion des ressources financières

La lutte contre le paludisme au Mali bénéficie de plusieurs sources de financements. L'Etat malien en dépit de la crise sécuritaire qu'il traverse alloue tous les ans un budget de fonctionnement à la lutte contre le paludisme.

Dans le cas spécifique du projet Round 10 du Fonds Mondial, la gestion du projet est décrite dans le manuel de procédures convenu entre le Fonds mondial et les Bénéficiaires principaux.

Pour les autres partenaires (SNU, USAID/PMI) chacun applique les procédures de gestion propres à son organisation.

VII. BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT

7.1. Résumé du budget par intervention:

Tableau 13: Résumé du budget par intervention

N° OBJECTIF	INTERVENTIONS	2013	2014	2015	2016	2017	Total (CFA)	%
1	PEC	7 495 330 706	8 716 570 426	10 758 784 100	11 041 439 457	10 806 803 736	48 818 928 425	35,14%
2	PFE	2 190 496 211	2 691 154 421	2 737 852 385	2 791 383 652	2 840 173 631	13 251 060 300	9,54%
2	LAV	4 584 982 107	4 742 514 608	30 878 968 051	4 858 190 314	4 957 705 125	50 022 360 205	36,01%
1	LCEP et SU	119 900 000	309 630 000	132 400 000	132 400 000	132 400 000	826 730 000	0,60%
2	C&MS	2 778 160 000	3 329 120 000	2 773 900 000	2 726 400 000	2 723 900 000	14 331 480 000	10,32%
3	S/E	2 017 651 200	1 835 846 200	2 827 696 200	1 627 696 200	1 684 146 200	9 993 036 000	7,19%
3	C&RI/PNLP	232 808 500	932 400 000	233 300 000	143 600 000	131 100 000	1 673 208 500	1,20%
	Total général	19 419 328 724	22 557 235 655	50 342 900 736	23 321 109 623	23 276 228 692	138 916 803 430	100%

7.2. Résumé du budget par catégorie de coût

Tableau 14 : Résumé du budget par catégorie de coût

CATEGORIES DE COUT	2013	2014	2015	2016	2017
Formation et Recherche (Ressources humaines)	972581000	1 585 921 000	815716 000	614 466 000	462 966 000
Consommables (Produits, médicaments et Réactifs)	9 521 387 538	8 799 871 086	30 991 732 803	10 893 941 529	8 130 477 915
Gestion des achats et des stocks	1 218 981 359	1 249 661 969	4 575 614 199	1 166 231 294	1 143 526 579
Suivi et Evaluation (Fonctionnement hors salaires)	1 867 170 000	2 145 470 000	2 936 970 000	2 128 970 000	2 264 187 113
Communication et Mobilisation Sociale	2 665 459 000	2 804 525 000	3 014 315 000	2 642 809 000	2 684 415 000
Assistance Technique	30 183 500	0	0	0	0
Equipements	1 874 455	2 587 932 000	1 885 432 000	1 812 132 000	1 806 132 000
Fonctionnement hors salaires	3 141 691 872	3 383 854 600	6 123 120 724	6 695 529 800	6 784 524 085
Total général	19 419 328 724	22 557 235 655	50 342 900 726	25 954 079 623	22 813 262 692

VIII – MOBILISATION DES RESSOURCES

8.1. Cartographie des donateurs et stratégie de mobilisation des ressources

Tableau 15 : Résumé du budget par partenaire

Étiquettes de lignes	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Etat	1400000000	1400000000	1400000000	1400000000	1400000000	7000000000
USAID/PMI	12500000000	12500000000	12500000000	0	0	37500000000
FM	9341206110	13397167422	5786042832	29276646714	3221062380	61022125458
UNICEF	614000000	614000000	614000000	614000000	614000000	3070000000
OMS	25000000	25000000	25000000	25000000	25000000	125000000
Total disponible	23880206110	14036167422	6425042832	29915646714	3860062380	78117125458
Total général	19 419 328 724	22 557 235 655	50 342 900 736	23 321 109 623	23 276 228 692	138 916 803 430
A chercher	-4 460 877 386	8 521 068 233	43 917 857 904	-6 594 537 091	19 416 166 312	-60 799 677 972

8.2. Analyse des écarts budgétaires du Plan stratégique 2013-2017

Tableau 16 : Résumé de l'analyse des écarts budgétaires

Sources financements	2013	2014	2015	2016	2017	Total
A. Budget total du Plan stratégique national	19 419 328 724	22 557 235 655	50 342 900 736	23 321 109 623	23 276 228 692	138 916 803 430
B. Ressources nationales actuelles et futures	1400000000	1400000000	1400000000	1400000000	1400000000	7000000000
C. Ressources extérieures actuelles et futures	22480206110	26536167422	18925042832	29915646714	3860062380	22480206110
D. Ressources totales actuelles et futures (B+C)	23880206110	27936167422	20325042832	31315646714	5260062380	23880206110
E. Ecart financier (A-D)	-4 460 877 386	-5 378 931 767	30 017 857 904	-7 994 537 091	18 016 166 312	115 036 597 320

IX. ANNEXES DU PLAN STRATEGIQUE

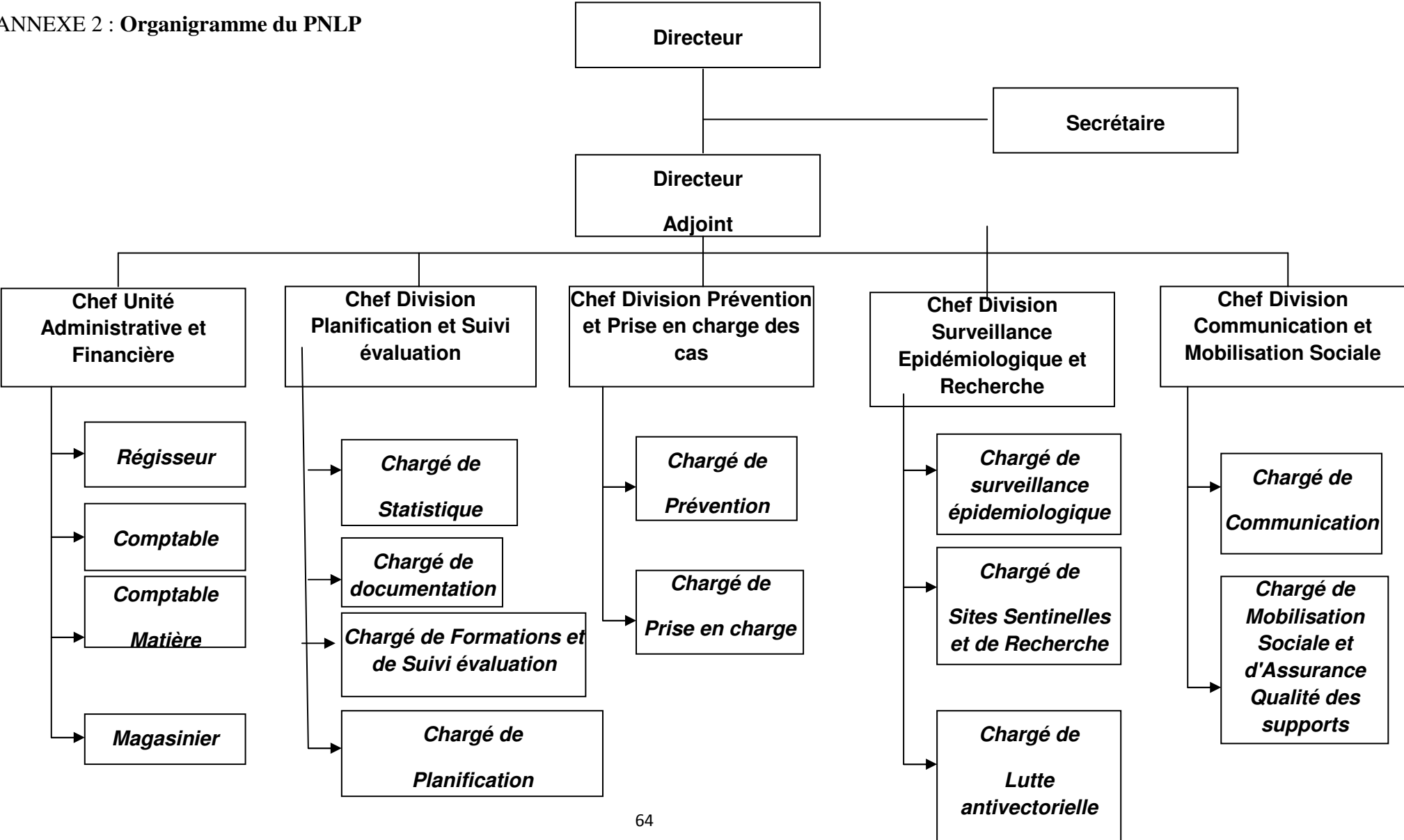
1. Bibliographie
2. Organigramme du PNL
3. Analyse des écarts financiers du Programme
4. Plan de mise en œuvre
5. Plan de suivi et évaluation
6. Besoins en intrants de lutte antipaludique
7. Détails du budget du Plan stratégique 2013-2017

Annexe 1

Bibliographie

1. Politique Nationale de Lutte contre le paludisme 2005
2. Rapports réunion Comité d'orientation 2008
3. Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-V, 2012- 2013)
4. Rapport de supervision 2012 du PNLP
5. Enquête sur la possession et l'utilisation des MILD 8 mois après la campagne ; Health Bridge 2008
6. Rapport MICS 2010
7. Rapport enquête Nationale sur la prévalence de l'anémie et la parasitémie palustre (EAP 2010)
8. Rapport SLIS 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 et 2012
9. Plan d'Action mondial contre le paludisme 2011 de l'OMS
10. Rapport de la Revue de Performance du Programme pour la période 2007-2011
11. Proposition consolidée du Fonds Mondial pour la période 2013-2017

ANNEXE 2 : Organigramme du PNLP



Annexe 3

Plan de mise en œuvre

1. Prise en charge correcte des cas de paludisme

N°	ACTIVITES	Chronogramme					Responsabl e	PARTENAIRES POTENTIELS
		201 3	201 4	201 5	201 6	201 7		
Prise en charge dans les formations sanitaires								
1	Acquérir 8 505 771 Traitements CTA pour les structures de santé à tous les niveaux	x	x	x	x	x	PNLP	FM, PMI
2	Assurer la disponibilité des CTA au niveau des services de prestations	x	x	x	x	x	PNLP	PPM
3	Acquérir 732 527 kits pour la prise en charge des cas de paludisme grave chez les enfants < 5 ans (Artésunate injectable ou quinine injectable, glucosé 10%, perfuseur, cathéter, seringue, antipyrétiques, diazépam)	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, PMI
4	Assurer la disponibilité des Kits au niveau des services de prestations pour la prise en charge des cas de paludisme grave chez les enfants < 5 ans	x	x	x	x	x	PNLP	PPM
5	Acquérir 516 853 kits pour la prise en charge des cas de paludisme grave chez la femme enceinte (Artésunate injectable ou quinine injectable, quinine comprimé 300 mg glucosé 10%, perfuseur, cathéter, seringue, antipyrétiques, diazépam)	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, PMI
6	Assurer la disponibilité des Kits de paludisme grave chez la femme enceinte au niveau des services de prestations	x	x	x	x	x	PNLP	PPM
7	Acquérir 3370 kits essentiels de consultation (tensiomètre, thermomètre, stéthoscope, otoscope, lampe torche, balance, abaisses langue)		x		x		PNLP	ETAT, PMI
8	Assurer la disponibilité des Kits essentiels de consultation au niveau des services de prestations		x		x		PNLP	ETAT
9	Acquérir les 11 818 418 Tests de Diagnostic Rapide (TDR) pour les structures de santé	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT,FM, PMI
10	Assurer la disponibilité des TDR au niveau des services de prestations	x	x	x	x	x	PNLP	PPM
11	Acquérir 71 microscopes optiques		x		x		PNLP	ETAT, PMI

N°	ACTIVITES	Chronogramme					Responsabl e	PARTENAIRES POTENTIELS
		201 3	201 4	201 5	201 6	201 7		
	Prise en charge dans les formations sanitaires							
12	Assurer la disponibilité des microscopes au niveau des services de prestations		x		x		PNLP	ETAT
13	Acquérir 1905 kits produits consommables pour la réalisation de GE/Frottis à 200 structures publiques, parapubliques (Lames, colorants, huile à immersion, vaccinostyles, tampon d'alcool)	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, FM, PMI
14	Assurer la disponibilité des Kits au niveau des services de prestations pour la réalisation des GE/FM	x	x	x	x	x	PNLP	PPM
15	Organiser un atelier de mise à niveau du pool de 40 formateurs centraux sur le diagnostic du paludisme (microscopie, TDR)	x	x				PNLP	ETAT, FM PMI
16	Reproduire 1685 exemplaires du manuel technique sur le diagnostic biologique du paludisme (y compris les planches en couleur)	x					PNLP	ETAT, FM, PMI
17	Réviser les guides et manuels de formation sur la PEC des cas de paludisme (2 ateliers de 5 jours pour 15 pers)	X					PNLP	ETAT, OMS, FM PMI
18	Reproduire 304 guides et 2371 manuels de formation sur la PEC des cas de paludisme	X					PNLP	ETAT, OMS, FM PMI
19	Reproduire 3000 algorithmes sur la PEC du paludisme (soumet plastifié)	X					PNLP	ETAT, OMS, FM PMI
20	Organiser un atelier de mise à niveau du pool de 39 formateurs centraux sur la PEC des cas de paludisme	x					PNLP	ETAT, OMS, FMPMI
21	Organiser 9 sessions de formation/mise à niveau de 275 formateurs régionaux sur les nouvelles directives thérapeutiques du paludisme (9 sessions de 5 jours)	x	x				PNLP	ETAT, OMS, FM, PMI
22	Organiser un atelier national de révision du manuel technique de formation sur le diagnostic biologique du paludisme	X					PNLP	ETAT, FM, PMI
23	Organiser un atelier de 5 jours de formation/mis à niveau des 15 formateurs centraux sur les soins essentiels (planification, PEC et IEC)	x					PNLP	FM ETAT, PMI
24	Organiser un atelier de 5 jours de formation/ mis à niveau des 39 formateurs régionaux en 2 sessions sur les soins essentiels (planification, PEC et IEC)	x					PNLP	FM
25	Organiser un atelier de 5 jours de formation/ mis à niveau des 190 formateurs districts sur les soins essentiels (planification, PEC et IEC)	x					PNLP	FM
26	Organiser des ateliers de formation/mise à niveau pour 357 personnels de laboratoire du secteur public et privé au diagnostic biologique du paludisme en 18 sessions	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, PMI
27	Assurer la supervision formative du personnel de laboratoire (233 structures par an)	x	x	x	x	x	PNLP	FM ; PMI

N°	ACTIVITES	Chronogramme					Responsabl e	PARTENAIRES POTENTIELS
		201 3	201 4	201 5	201 6	201 7		
28	Organiser 152 sessions de formation/mise à niveau de 3800 prescripteurs du secteur public/privé sur la PEC du paludisme (25 personnes par session)	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, OMS, FM, PMI
29	Assurer le suivi post-formation des prestataires de soins au niveau de 62 districts par le niveau régional avec l'appui du niveau national	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, OMS, FM, PMI
30	Organiser des sessions d'orientation/information pour 500 pharmaciens, dispensateurs et gérants de dépôts de pharmacie du secteur privé sur les directives thérapeutiques (20 sessions de 25)		x	x			PNLP	FM
31	Assurer la mise en œuvre de la Chimio Prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3 à 59 mois (6 districts l'an 1; 20 districts l'an 2; 47 districts l'an 3; tout le pays l'an 4 et 5)	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, OMS,MSF,UNI CEF PMI
	Prise en charge dans la communauté							
32	Acquérir 4730513 TDR pour le diagnostic du paludisme au niveau de la communauté (ASC) pour la prise en charge des cas	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, FM, UNICEF PMI
33	Assurer la disponibilité des TDR au niveau communautaire	x	x	x	x	x	PNLP	PPM
34	Acquérir 3 453 274 traitements de CTA pour le traitement du paludisme dans la communauté (ASC)	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, FM, UNICEF PMI
35	Assurer la disponibilité des CTA au niveau communautaire	x	x	x	x	x	PNLP	PPM
36	Acquérir 554 800 capsules rectales pour le traitement en pré transfert des cas graves au niveau communautaire (Artesunate suppo)	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, FM, UNICEF PMI
37	Assurer la disponibilité des intrants (artésunate suppositoire) pour le traitement en pré transfert des cas graves au niveau communautaire	x	x	x	x	x	PNLP	PPM
38	Organiser un atelier de finalisation et de validation du plan stratégique à base communautaire de lutte contre le paludisme (3 jours pour 30 personnes)	X					PNLP	OMS
39	Reproduire le plan stratégique à base communautaire en 1630 exemplaires pour les formations sanitaires	X					PNLP	OMS
40	Organiser un atelier national de dissémination du plan stratégique à base communautaire	x					PNLP	OMS
41	Organiser 9 ateliers régionaux de dissémination du plan stratégique à base communautaire	X					PNLP	OMS
42	Organiser 62 ateliers dans les districts sanitaires pour la dissémination du plan stratégique à base communautaire (CSCoM)	x					PNLP	OMS
43	Appuyer l'organisation d'un atelier de révision des modules de formation des ASC			x			DNS	ETAT,UNICEF , FM, USAID
44	Appuyer la reproduction de 2 242 exemplaires de modules de formation des ASC	x					DNS	ETAT,UNICEF , FM, USAID
45	Appuyer l'organisation d'un atelier de mise à niveau d'un pool de 30 formateurs centraux /régionaux sur la PECADOM (atelier national de 3 jours)		x				DNS	ETAT,UNICEF , FM, USAID

N°	ACTIVITES	Chronogramme					Responsabl e	PARTENAIRES POTENTIELS
		201 3	201 4	201 5	201 6	201 7		
46	Appuyer la formation de 222 formateurs des Districts sanitaires sur la prise en charge au niveau communautaire		x				DNS	ETAT,UNICEF , FM, USAID
47	Appuyer la formation de 1100 DTC des CSCom sur la prise en charge à domicile (37 sessions au niveau district)		x	x			DNS	ETAT,UNICEF , FM, USAID
48	Appuyer la formation de 2242 ASC sur la prise en charge des cas simple et la référence précoce des cas grave de paludisme	x	x				DNS	ETAT,UNICEF , FM, USAID
49	Appuyer la mise à niveau de 1 440 ASC sur la prise en charge des cas simple et la référence précoce des cas grave de paludisme			x	x		DNS	ETAT,UNICEF , FM, USAID
50	Organiser une journée d'information à l'intention de 5000 tradithérapeutes sur la reconnaissance des symptômes du paludisme et la référence précoce des cas graves (200 sessions d'1 jour)		x	x	x	x	PNLP	FM, OMS
51	Produire 5000 fiches plastifiées sur des images de cas grave de paludisme		x	x	x	x	PNLP	FM, OMS
52	Produire 3 600 fiches plastifiées sur le traitement par CTA au sein de la communauté par les ASC	x					PNLP	ETAT,UNICEF , FM, USAID
53	Doter les ASC en 2242 armoires pour le matériel et la trousse ASC (gilets de reconnaissance, torche, bottes, imperméable, sacs plastique/ tissu)	x						ETAT,UNICEF , FM, USAID
54	Assurer le transport de 2242 armoires équipées jusqu'au niveau district	x						ETAT,UNICEF , FM, USAID
55	Appuyer tous les ans 2 supervisions de 3 580 ASC par les responsables des CSCom	x	x	x	x	x		ETAT,UNICEF , FM, USAID
56	Appuyer tous les ans l'organisation de 2 réunions semestrielles régionales de partage et d'échanges sur la performance des activités des ASC (ECD, ECR, ONG, représentant des ASC)	x	x	x	x	x		ETAT,UNICEF , FM, USAID
57	Appuyer la prise en charge des frais des activités de suivi à domicile par les ASC (VAD pour le suivi des cas de paludisme, IEC, utilisation des MILD et TPI, Actualisation des données démographiques) 20 000 FCFA/ASC/mois	x	x	x	x	x		ETAT,UNICEF , FM, USAID
58	Former tous les ans en 2 jours, 1000 enseignants du fondamental sur les moyens de prévention du paludisme (40 sessions de 25 enseignants)	x	x	x	x	x		ETAT,UNICEF , FM, USAID
59	Former/recycler 1100 agents des ONG partenaires sur la planification, la PEC et la gestion des activités IEC	x		x				ETAT,UNICEF , FM, USAID

2.

Prévention du Paludisme chez la femme enceinte

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Responsable
		2013	2014	2015	2016	2017	
01	Acquérir 13 478 604 doses de SP pour le TPI chez les femmes enceintes vues en CPN	x	x	x	x	x	PNLP
02	Assurer la disponibilité de la SP au niveau des services de prestations	x	x	x	x	x	PNLP
03	Acquérir 4 492 868 MILD pour les femmes enceintes vues en CPN (Routine)	x	x	x	x	x	PNLP
04	Assurer la disponibilité des MILD au niveau des services de prestations	x	x	x	x	x	PNLP
05	Organiser un atelier de mise à jour du guide technique sur la prévention du paludisme pendant la grossesse (30 pers pendant 5jr)				x		PNLP
06	Reproduire 2342 exemplaires du guide technique sur la prévention du paludisme pendant la grossesse				x		PNLP
07	Appuyer la formation/mise à niveau de 1000 prestataires en CPN recentrées (34 sessions de 5 jours pour 30 personnes)		x	x			DNS
08	Appuyer les activités avancées de CPNR des CCom		x	x	x	x	DNS

3. Lutte contre les vecteurs du paludisme

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESPONSABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2013	2014	2015	2016	2017		
01	Organiser un atelier d'élaboration de la stratégie nationale de lutte antivectorielle contre le paludisme (29 pers pendant 10 jours)	x					PNLP	USAID/PMI, OMS
02	Organiser un atelier national de validation du document de la stratégie de LAV (40 pers pendant 2 jrs)		x				PNLP	USAID/PMI, OMS,
03	Reproduire et diffuser à tous les niveaux 2000 exemplaires de la stratégie nationale de LAV		x				PNLP	USAID/PMI, OMS
04	Acquérir 3 594 295 MILD pour la distribution lors du PEV de routine chez les enfants < 1an des zones à risque de paludisme	x	x	x	x	x	PNLP	FM, USAID/PMI, Etat
05	Assurer la disponibilité des MILD dans les formations sanitaires pour la routine	x	x	x	x	x	PNLP	PPM
06	Acquérir 9 971 676 MILD pour les campagnes de distribution aux populations des zones à risque de paludisme (couverture universelle)			x			PNLP	FM, USAID/PMI, UNICEF, Etat
07	Assurer le stockage et les coûts opérationnels de la campagne MILD au niveau communautaire			x			PNLP	FM, USAID/PMI, UNICEF, Etat
08	Acquérir des équipements et des fournitures pour la PID dans 3 districts par an	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, OOAS, World Vision
09	Acquérir l'insecticide pour la PID	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, OOAS, W. Vision
10	Organiser tous les ans 3 réunions techniques du Comité de Pilotage National de la PID (20 personnes)	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, OOAS, USAID/PMI
11	Organiser l'opérationnalisation et la pulvérisation et frais administratifs (y compris inspection environnementale et suivi entomologique)	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS, World, Vision
12	Assurer la formation et la supervision des agents impliqués	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS, World, Vision
13	Organiser la mobilisation communautaire pour la PID	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS, World, Vision

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESPONSABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2013	2014	2015	2016	2017		
14	Suivi et reporting	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS, World, Vision
15	Gestion des déchets PID (collecte, entreposage, incinération)	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, USAID/PMI
16	Réaliser un audit environnemental externe		x			x	PNLP	Etat, USAID/PMI
17	Identifier et cartographier les gîtes larvaires productifs		x			x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS, MRTC
18	Faire une étude de base sur les aspects entomologiques, parasitologiques et environnementaux pour la lutte anti larvaire		x	x	x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS, MRTC
19	Acquérir 20 kits de traitement des gîtes larvaires pour les districts sanitaires ciblés		x	x	x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS
20	Acquérir tous les ans 800 kg d'insecticides larvicides pour le traitement ciblé de gîtes larvaires	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS
21	Organiser chaque année la campagne de traitement ciblé des gîtes larvaires		x	x	x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS
22	Appuyer tous les ans des campagnes d'assainissement dans les zones urbaines (Destruction des gîtes)		x	x	x	x	PNLP	ETAT, Collectivités

4. Lutte contre les épidémies de paludisme et les situations d'urgence

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Responsable	Partenaires Potentiels
		2013	2014	2015	2016	2017		
01	Faire une analyse de situation des cas notifiés de paludisme sur 5 ans pour déterminer le seuil épidémiologique par district sanitaire	x					PNLP	Etat, MRTC, USAID/PMI
02	Elaborer le plan national de lutte contre les épidémies de paludisme		x				PNLP	OMS, Etat, USAID/PMI, PSI
03	Organiser l'atelier de validation du plan national de lutte contre les épidémies de paludisme		x				PNLP	OMS, Etat, USAID/PMI, PSI
04	Organiser un atelier de formation pour le pool de formateurs centraux sur la prévention et la lutte contre les épidémies de paludisme		x				PNLP	OMS, Etat, USAID/PMI, PSI
05	Reproduire en 180 exemplaires le plan national de lutte contre les épidémies le paludisme		x				PNLP	OMS, Etat, USAID/PMI, PSI
06	Organiser 9 ateliers de dissémination du Plan national de lutte contre les épidémies de paludisme au niveau régional		x				PNLP	OMS, OOAS, Etat, USAID/PMI
07	Elaborer un guide technique sur la lutte contre les épidémies de paludisme		x				PNLP	OMS, Etat, USAID/PMI, PSI
08	Reproduire le guide technique sur la lutte contre les épidémies de paludisme		x				PNLP	OMS, Etat, USAID/PMI, PSI
09	Appuyer tous les ans la mise à niveau des relais communautaires des districts à risque épidémique de paludisme sur le système de surveillance épidémiologique		x	x	x	x	DNS	OMS, Etat, UNICEF, USAID/PMI, PSI, FM
10	Appuyer tous les ans les districts à risque épidémique dans la collecte et l'analyse des données de surveillance hebdomadaire	x	x	x	x	x	DNS	Etat, OMS USAID/PMI, UNICEF
11	Former 510 agents dans les 17 districts à risque d'épidémie sur la détection et la riposte aux épidémies en 18 sessions		x				PNLP	Etat, FM, OMS
12	Organiser tous les ans une revue de bilan et de planification dans les 17 districts à risque d'épidémie de paludisme à la veille de la saison des pluies avec l'appui du niveau national et régional	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, OMS, UNICEF
13	Appuyer tous les ans les investigations des épidémies de paludisme	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, OMS, UNICEF
14	Prépositionner tous les ans des antipaludiques pour les épidémies de paludisme	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, OMS
15	Organiser des rencontres périodiques transfrontalières sur la lutte contre le paludisme	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, OOAS, OMS, UNICEF, OMVS

4. COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE SUR LE PALUDISME

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Responsable	Partenaires Potentiels
		2013	2014	2015	2016	2017		
01	Organiser un atelier d'élaboration du plan stratégique de communication sur le paludisme 2013-2017	x					PNLP	OMS, UNICEF, USAID/PMI
02	Organiser un atelier de validation du plan stratégique de communication sur le paludisme 2013-2017	x					PNLP	OMS, UNICEF, USAID/PMI
03	Reproduire 1000 exemplaires du plan stratégique de communication sur le paludisme 2013-2017	x					PNLP	Etat, OMS, UNICEF, USAID/PMI
04	Organiser 9 ateliers de dissémination du plan stratégique de communication 2013-2017 dans les 8 régions et le District de Bamako		x				PNLP	Etat, OMS, UNICEF, USAID/PMI
05	Appuyer le fonctionnement du groupe de travail multidisciplinaire de communication sur le paludisme.	x	x	x	x	x	PNLP	UNICEF, USAID/PMI
06	Commémorer tous les ans la journée mondiale du paludisme	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID/PMI, OMS, UNICEF, Secteur privé
07	Appuyer tous les ans les activités des festivités événementielles nationales (Mois de la solidarité, Maternité à moindre risque, Journée de la population, Journées des associations et des ordres socioprofessionnels...)	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, UNICEF, Secteur privé
08	Concevoir tous les ans 62 grands panneaux sur la prévention du paludisme (MILD, TPI, PEC, CPN)	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, FM, PSI/Mali
09	Acquérir 70 Kits multimédias pour les activités de sensibilisation au niveau communautaire (Téléviseur, lecteur DVD/VCD, caméscope, dictaphone, mégaphone)	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, FM, secteur privé
10	Acquérir 25 appareils photos numériques pour la couverture des activités du niveau central et régional	x	x		x		PNLP	Etat
11	Organiser tous les ans des sessions de plaidoyer auprès de 1000 leaders religieux sur la prévention du paludisme dans les 8 régions et le District de Bamako	x	x	x	x	x	PNLP	USAID/PMI, Etat, FM
12	Produire 13200 boîtes à images pour les relais communautaires		x	x			PNLP	Etat, FM, USAID/PMI, UNICEF, OMS

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Responsable	Partenaires Potentiels
		2013	2014	2015	2016	2017		
13	Produire 6 spots audio et vidéo sur le paludisme (Recruter un cabinet expert, conception des spots)		x				PNLP	FM
14	Produire tous les ans 2000 supports de communication sur le paludisme (dépliants, dossiers de presse, affiches...)	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID/PMI, UNICEF
15	Former/Mettre à niveau 444 animateurs des radios de proximité sur la lutte contre le paludisme sur tout le territoire national (2 jours, 16 sessions de 28 personnes)	x	x				PNLP	Etat, FM, USAID/PMI, UNICEF
16	Diffuser tous les ans les 1550 spots TV sur le paludisme (PEC, PECADOM, TPI, MILD) en 5 langues nationales	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID/PMI, UNICEF
17	Diffuser tous les ans 87840 spots sur le paludisme au niveau de 122 radios (PEC, PECADOM, TPI, MILD) en 5 langues nationales	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID/PMI, UNICEF
18	Assurer le suivi de la diffusion des spots dans les grilles des programmes des radios communautaires	x	x	x	x	x	PNLP	FM
19	Organiser une fois par an une journée d'information dans 100 entreprises du secteur privé, dans 20 garnisons et dans 62 établissements scolaires sur la lutte contre le paludisme (182 journées d'information/an)	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, Coalition du secteur privé
20	Produire tous les ans à l'occasion de la célébration de la Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme 1 brochure spéciale en couleur en 2000 exemplaires	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID/PMI, OMS, UNICEF, Secteur privé
21	Appuyer tous les ans 2 artistes pour la mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le paludisme	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, UNICEF, secteur privé
22	Organiser une journée d'information avec la presse tous les semestres sur le partage des résultats de la lutte contre le paludisme (50 journalistes)	x	x	x	x	x	PNLP	USAID/PMI, PSI/Mali

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Responsable	Partenaires Potentiels
		2013	2014	2015	2016	2017		
23	Participer à 10 séminaires internationaux de renforcement de capacités en communication sur la lutte contre le paludisme (2 par an)	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID/PMI, OMS, UNICEF, Plan Mali
24	Appuyer tous les ans l'organisation de 2 caravanes de mobilisation sociale sur le paludisme pendant la période de forte transmission	x	x	x	x	x	CNIECS	Secteur privé, Etat, UNICEF, USAID/PMI, Plan Mali
25	Evaluer tous les ans l'impact des campagnes de mobilisation sociale sur le paludisme	x	x	x	x	x	PNLP	UNICEF, USAID/PMI, Plan Mali
26	Créer et soutenir des comités de veille sur le paludisme au niveau communal (1 comité par commune)	x	x	x	x	x	PNLP	UNICEF, USAID/PMI, Plan Mali
27	Apporter tous les ans un appui financier sur base contractuelle aux ONG/Associations intervenant dans la lutte contre le paludisme au niveau des 703 communes	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, USAID/PMI, FM
28	Produire un bulletin trimestriel pour le PNLP	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, UNICEF, Secteur privé
29	Assurer la communication et l'information par l'entremise des médias électroniques et sociaux (site web, facebook, twitter, linkdn)	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, USAID/PMI

6. Suivi évaluation et recherche opérationnelle

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME					RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2013	2014	2015	2016	2017		
01	Assistance technique en suivi & évaluation	x	x	x	x	x	PNLP	FM, OMS, USAID/PMI
02	Assurer la participation de 10 personnes de la direction du PNLN au cours international de suivi évaluation des programmes de lutte contre le paludisme à Ouagadougou (cours international de 15 jours)	x	x	x	x	x	PNLP	USAID/PMI
03	Organiser 2 sessions de formation pour 40 agents du niveau central et des équipes régionales sur le système de suivi évaluation	x		x			PNLP	FM
04	Organiser une session de formation pour 27 agents des équipes régionales sur le suivi évaluation avec l'utilisation des téléphones mobiles	X					PNLP	USAID/PMI
05	Organiser 9 sessions de formation pour 128 chargés du SIS des districts et des hôpitaux en suivi évaluation et à l'utilisation de la téléphonie mobile	x					PNLP	USAID/PMI, FM
06	Organiser un atelier de formation pour 15 formateurs centraux sur la gestion des données y compris la base de données paludisme en une session		x				PNLP	Etat, FM, USAID/PMI
07	Organiser un atelier de formation/mise à niveau de 32 agents chargés du SLIS et points focaux des DRS et des hôpitaux sur la gestion des données du paludisme en 1 session		x				PNLP	Etat, FM, USAID/PMI
08	Former/mettre à niveau 125 agents chargés SLIS et points focaux au niveau des districts sur la gestion des données du paludisme en 5 sessions			x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID/PMI
09	Appuyer une évaluation de la mise en œuvre de la pharmacovigilance au Mali		x			x	CNAM	Etat, USAID/PMI, OMS

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME					RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2013	2014	2015	2016	2017		
10	Former 810 prestataires sur la notification des effets indésirables des médicaments en 27 sessions (27 sessions de 30 pers pdt 3 jours)	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, OMS, USAID/PMI
11	Former/mettre à niveau 48 agents des sites de surveillance sentinelle pris comme référence pour la qualité des données sur le paludisme en 2 sessions		x	x			PNLP	Etat, OMS, USAID/PMI, OOAS
12	Former 153 agents des régions et des districts à la remontée électronique des données en 9 sessions	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, OOAS, USAID/PMI
13	Former 2712 agents des CSCom, des structures privées, parapubliques et confessionnelles sur la remontée électronique des données de routine des activités de lutte contre le paludisme en 90 sessions	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, USAID/PMI, OOAS
14	Appuyer la supervision des acteurs impliqués dans gestion des médicaments et intrants antipaludique (SDADME)	x	x	x	x	x	DPM	Etat, USAID/PMI, OMS, UNICEF
15	Appuyer la formation de 500 gérants DRC/DV en gestion des intrants en 20 sessions	x	x	x	x	x	DPM	Etat, USAID/PMI, OMS, UNICEF
16	Acquérir 20 ordinateurs de bureau, et accessoires dans le cadre de la remontée électronique des données	x	x				PNLP	FM, Etat,
17	Acquérir 80 ordinateurs portables pour la remontée électronique des données	x	x	x			PNLP	FM, Etat,
18	Acquérir 20 imprimantes multifonctions dans le cadre de la gestion des données sur le paludisme	x	x				PNLP	FM, Etat,
19	Acquérir 71 GSM fixes pour les 9 DRS et les 62 districts à intégrer à la flotte mobile pour la santé dans le cadre de la remontée électronique des données	x	x				PNLP	Etat , USAID,

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME					RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2013	2014	2015	2016	2017		
20	Acquérir 100 antivirus	x	x	x	x	x	PNLP	Etat
21	Acquérir 100 clés USB de 8 GB dans le cadre de gestion des données	x	x	x	x	x	PNLP	Etat
22	Appuyer l'abonnement internet pour les 100 clés 3 G+ et les 1000 téléphones mobiles intégré à l'intranet et à la flotte mobile de la santé pour la remontée électronique des données	x	x	x	x	x	PNLP ANTIM	Etat
23	Acquérir 100 clés 3G+ à intégrer à l'intranet de la santé dans le cadre de la remontée des données	x	x				PNLP	Etat
24	Acquérir 100 disques durs externes de 250 GB dans le cadre de la gestion des données	x	x	x	x	x	PNLP	Etat
25	Acquérir 1000 téléphones mobiles à intégrer dans la flotte mobile pour la santé pour le transfert électronique des données	x					PNLP	Etat, USAID PMI
26	Acquérir tous les ans des réactifs, des insecticides, des supports et petits matériels pour les 13 sites de surveillance sentinelle	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, USAID PMI
27	Acquérir des véhicules 4X4 : 2 Land cruiser	x	x				PNLP	Etat, USAID PMI
28	Acquérir 15 véhicules Pick Up pour le suivi des activités (9 régions et niveau central)	x	x	x	x		PNLP	Etat, FM
29	Acquérir 71 motos AG 100 pour les agents de santé des niveaux régionaux et opérationnels	x	x				PNLP	Etat, FM
30	Appuyer la reproduction des outils de collecte sur la pharmacovigilance	x	x	x	x	x	CNAM	Etat, USAID PMI
31	Appuyer la révision des outils de collecte du SLIS pour y inclure les données du paludisme	x					DNS	Etat, FM, USAID, UNICEF

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME					RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2013	2014	2015	2016	2017		
32	Appuyer la multiplication et la diffusion des outils de collecte du SLIS		x	x	x	x	DNS	Etat, FM, USAID, UNICEF
33	Acquérir 3 600 cahiers (registres) pour les activités des ASC	x					PNLP	Etat, FM, USAID, UNICEF
34	Appuyer la production de 50000 fiches de stocks pour la gestion des intrants de lutte contre le paludisme		x		x		DPM	Etat, USAID, UNICEF
35	Appuyer tous les ans la reproduction de 1 500 registres de compte rendu de gestion de stocks et 1500 registres de comptage journalier	x	x	x	x	x	DPM	Etat, USAID, UNICEF
36	Assurer tous les ans 2 supervisions intégrées du niveau régional par l'équipe du niveau central	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID PMI
37	Appuyer tous les ans les supervisions intégrées formatives des équipes districts par les équipes cadres des régions	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, USAID PMI
38	Appuyer tous les ans les supervisions trimestrielles des districts vers les CSCom	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID PMI
39	Appuyer 2 monitorages semestriels des activités du PMA par les 1100 CSCom y compris les activités liées au paludisme	x	x	x	x	x	DNS	Etat, FM, USAID PMI, UNICEF
40	Réaliser tous les ans 2 tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides dans les 13 sites sentinelles	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID PMI
41	Appuyer tous les ans 1 contrôle de qualité des MILD	x	x	x	x	x	LNS	Etat, FM, USAID PMI
42	Réaliser 1 test d'efficacité des MILD tous les ans	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID PMI
43	Assurer tous les trois mois le suivi des sites de surveillance sentinelles	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID PMI
44	Appuyer tous les ans au moins 2 contrôles de qualité des antipaludiques stockés dans les dépôts et les formations sanitaires	x	x	x	x	x	LNS	Etat, FM, USAID PMI

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME					RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2013	2014	2015	2016	2017		
45	Organiser tous les ans 2 évaluations sur la disponibilité et l'utilisation des intrants à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (EUV= End User Verification)	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, USAID PMI
46	Appuyer le contrôle de qualité des produits antipaludiques (CTA, SP, Quinine et TDR importés sur le territoire national)	x	x	x	x	x	LNS	Etat, FM, USAID PMI
47	Appuyer tous les ans le suivi de la pharmacovigilance des antipaludiques (CTA, SP) dans les 62 districts	x	x	x	x	x	CNAM	Etat, FM, USAID PMI
48	Appuyer tous les ans dans 70 CSRef/Hôpitaux un contrôle de la qualité du diagnostic biologique du paludisme (TDR, GE/FM) y compris les équipements	x	x	x	x	x	INRSP	Etat, FM, USAID PMI
49	Assurer tous les ans 1 étude sur l'efficacité thérapeutique des antipaludiques dans les sites sentinelles	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID PMI
50	Réaliser une évaluation post-campagne de distribution des MILD			x			PNLP	ETAT, FM
51	Appuyer tous les ans 5 thèses et mémoires d'étudiants sur le paludisme	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT
52	Appuyer la supervision des gérants DRC/DV des formations sanitaires	x	x	x	x	x	DPM	USAID/PMI
53	Réaliser une revue de performance à mi-parcours du PS de lutte contre le paludisme 2013-2017			x			PNLP	Etat, OMS, FM, UNICEF, USAID/PMI
54	Réaliser une revue de performance du PS de lutte contre le paludisme 2013-2017					x	PNLP	Etat, FM, UNICEF, OMS, USAID/PMI
55	Réalisation d'une plateforme de dépôt électronique des données sur l'intranet de la santé	x	x	x	x	x	PNLP	Etat, USAID/PMI

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME					RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2013	2014	2015	2016	2017		
55	Organiser 4 réunions trimestrielles nationales pour le réseau du partenariat Suivi/évaluation PNLP	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, FM
56	Appuyer 4 réunions trimestrielles sur la gestion et la validation des données avec les acteurs au niveau régional	x	x	x	x	x	DNS	ETAT, USAID/PMI, FM
57	Appuyer 4 réunions trimestrielles sur la gestion et la validation des données avec les acteurs au niveau des districts sanitaires	x	x	x	x	x	DNS	ETAT, USAID/PMI, FM
58	Appuyer l'organisation des rencontres mensuelles de compilation des données des CSCOM	x	x	x	x	x	DNS	ETAT, USAID/PMI, FM
59	Appuyer les frais de communication téléphoniques de la division SE du PNLP	x	x	x	x	x	PNLP	FM
60	Appuyer les districts sanitaires et les DRS pour les connections internet et la communication téléphonique	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, USAID / PMI
61	Réaliser 2 évaluations rapides de l'impact des interventions de lutte contre le paludisme (Logistique, épidémiologique)		x		x		PNLP	USAID/PMI, OMS
62	Assurer le monitoring de la résistance à la SP chez les femmes enceintes dans deux districts sanitaires	x		x		x	PNLP	USAID/PMI, OMS
63	Réaliser une étude pour évaluer les goulots d'étranglement aux succès des interventions de contrôle du paludisme pendant la grossesse	x					PNLP	USAID/PMI, OMS
64	Réaliser 1 enquête nationale sur les indicateurs du paludisme (MIS)			x			PNLP	USAID/PMI
65	Réaliser 3 études sur la qualité de la PEC du paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaires y compris le niveau communautaire	x		x		x	PNLP	Etat, USAID/PMI, UNICEF, FM
66	Réaliser 1 étude sur l'apport de la médecine traditionnelle dans la PEC des cas de paludisme au niveau communautaire		x				PNLP	ETAT, OMS, FM

7. Coordination et Renforcement Institutionnel du programme

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESPONS ABLE	PARTENAI RES POTENTIEL S
		2013	2014	2015	2016	2017		
01	Organiser des réunions trimestrielles du Comité de pilotage du PNLP (réunion de 30 pers pdt 1 jour)	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, FM
02	Organiser une réunion semestrielle du Comité d'orientation du PNLP sur la mise en œuvre des activités annuelles de lutte contre le paludisme (réunion de 20 pers pdt 1 jour)	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT
03	Former 4 personnes du PNLP en gestion des achats et des stocks	x		x			PNLP	ETAT
04	Former tous les ans 2 personnes du PNLP en Anglais	x	x	x	x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI
05	Former 4 personnes du PNLP en GAR		x		x		PNLP	ETAT, UNICEF
06	Former 4 personnes du PNLP en prévision et quantification des intrants	x	x				PNLP	USAID/PMI
07	Organiser tous les ans un cours national de paludologie	x	x	x	x	x	PNLP	OMS, USAID/PMI
08	Elaborer un cadre de collaboration Ministère de la Santé et secteur privé dans le cadre de la lutte contre le paludisme	x					PNLP	ETAT, UNICEF, USAID/PMI, Coalition secteur privé.
09	Organiser 2 sessions de plaidoyer auprès des chefs d'entreprises et d'institutions du secteur privé pour la lutte contre le paludisme.	x		x			PNLP	USAID/PMI
10	Organiser tous les ans 2 voyages d'échanges d'expériences	x	x	x	x	x	PNLP	FM
11	Assistance technique managériale	x					PNLP	FM
12	Assistance technique pour la mise à échelle des IBC	x					PNLP	FM
13	Acquérir 2 camions de 5 tonnes pour le transport des MILD en routine et pendant les campagnes de distribution de masse et pour la PID		x	x			PNLP	ETAT
14	Acquérir 20 ordinateurs de bureau pour le PNLP	x	x				PNLP,	ETAT

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME					RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2013	2014	2015	2016	2017		
15	Acquérir 20 ordinateurs portables pour l'équipe du PNLP		x	x				PNLP, ETAT
16	Acquérir 2 photocopieuses grand format			x	x			PNLP, ETAT
17	Acquérir 15 imprimantes multifonctions (imprimante, photocopieuse, scanner)		x	x				PNLP, ETAT
18	Acquérir 3 vidéos projecteurs pour le PLNP		x	x				PNLP, ETAT
19	Assurer la participation de 6 personnes en gestion de projets IEC et plaidoyer			x	x	x		PNLP ETAT, UNICEF
20	Construction/Réhabilitation et équipement des locaux du PNLP			x				PNLP ETAT, USAID/PMI
21	Renforcer les capacités de 2 cadres du PNLP en gestion de programme			x				PNLP ETAT, USAID/PMI
22	Former 6 personnes du Programme sur la recherche sur le système de santé (formation internationale)		x			x	x	PNLP ETAT, USAID/PMI
23	Appuyer la participation du PNLP tous les ans à 5 conférences internationales sur le paludisme		x	x	x	x	x	PNLP ETAT, FM
24	Organiser deux tables rondes nationales pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme (80 pers pdt 1 jour)		x			x		PNLP ETAT, OMS et UNICEF
25	Organiser chaque 2 an un téléthon pour la mobilisation des ressources				x		x	PNLP ETAT, Coalition du secteur privé
26	Appuyer la révision des curricula de formation au niveau de l'INFSS pour prendre en compte le volet paludisme		x					PNLP ETAT, OMS
27	Développer des programmes en milieu scolaire sur le paludisme		x	x	x	x	x	PNLP ETAT, UNICEF, PLAN MALI, World Vision, USAID
28	Acquérir 10 véhicules 4X4 pour l'appui au suivi des activités périphériques		x	x	x			PNLP ETAT, USAID
29	Acquérir 20 motos pour les courses du PNLP (personnels d'appui)			x	x	x		PNLP ETAT, USAID, FM

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME					RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2013	2014	2015	2016	2017		
30	Appuyer le fonctionnement du PNLP (Entretien de véhicules, carburant, maintenance de l'outil informatique, frais de communication)		X	X	X	X	X	PNLP ETAT, FM

ANNEXE 4

CADRE STRATEGIQUE DU PLAN SUIVI/EVALUATION 2013-2017

Le but du présent Plan est de fournir des informations fiables sur les progrès en rapport avec la mise en œuvre du Plan stratégique 2013-2017.

5.1. Objectifs du Plan

5.1.1. Objectif général

Améliorer les performances du Programme de lutte contre le paludisme à tous les niveaux du système de santé.

5.1.2. Objectifs spécifiques

- Harmoniser les concepts et les méthodes de suivi/évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;

- Renforcer les capacités des structures impliquées dans la gestion des données du paludisme;
- Développer des outils de qualité pour la collecte des données et le suivi de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme à tous les niveaux;
- Mettre en place un système d'assurance qualité des données de paludisme à tous les niveaux ;
- Disposer des bases factuelles sur l'information stratégique du paludisme.

5.2. Interventions pour renforcer le système de suivi/évaluation

- Renforcement des compétences des personnels impliqués dans les activités de lutte antipaludique à tous les niveaux pour une harmonisation des méthodes de suivi/évaluation ;
- Amélioration du cadre de travail de la division planification et suivi/évaluation du PNLN et des autres structures impliquées dans la gestion de l'information sur le paludisme ;
- Amélioration de la qualité des outils de collecte de données et de suivi de la mise en œuvre des activités du programme à différents niveaux ;
- Mise en place d'un système d'assurance qualité intégrée des données du paludisme ;
- Constitution de bases factuelles sur le paludisme avec diffusion et utilisation d'informations stratégiques aux différents acteurs, décideurs et partenaires.

5.3. Résultats attendus

- Les compétences en suivi/évaluation des personnels impliqués dans la mise en œuvre du programme sont renforcées à tous les niveaux du système de santé ;
- Le cadre définissant les procédures de suivi des interventions et de performance des structures impliquées dans la gestion des données sur le paludisme est amélioré ;
- La qualité des outils de collecte de données et de suivi de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme est améliorée à tous les niveaux du système de santé;
- Un système d'assurance qualité de données sur le paludisme est mis en place à tous les niveaux du système de santé;
- Des bases factuelles sur l'information stratégique du paludisme sont disponibles et accessibles à tous les niveaux du système de santé.

ANNEXE 5

Besoins en intrants antipaludiques

Type d'intrants	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Doses de CTA	2763086	2637928	2395417	2142140	2020467	11959038
TDR	3785048	3613599	3281406	2934438	2934438	16548929
MILD	1505094	1559277	11587088	1673566	1733814	18058839
Doses de SP	836163	866265	897451	929759	963230	4492868
AQ pour CPSe	7082685	45213341	51374551	53224033	55140102	212034712
SP pour CPSe	1770671	11303335	12843638	13306008	13785026	53008678
Kit paludisme grave	157905	152138	146429	140797	135258	732527
Artesunate suppositoire	143622	129945	111595	93591	76047	554800

ANNEXE 5

Budget détaillé du plan stratégique 2013-2017

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					TOTAL 5 ANS (FCFA)
		2013	2014	2015	2016	2017	
	Prise en charge dans les formations sanitaires						
1	Acquérir 8 505 771 Traitements CTA pour les structures de santé à tous les niveaux	1 153 206 412	1 047 452 492	944 037 274	856 277 397	787 775 498	4 788 749 073
2	Assurer la disponibilité des CTA au niveau des services de prestations	172 980 962	157 117 874	141 605 591	128 441 610	118 166 325	718 312 361
3	Acquérir 732 527 kits pour la prise en charge des cas de paludisme grave chez les enfants < 5 ans (Artésunate injectable ou quinine injectable, glucosé 10%, perfuseur, cathéter, seringue, antipyrétiques, diazépam)	556 615 125	536 286 450	516 162 225	496 309 425	476 784 450	2 582 157 675
4	Assurer la disponibilité des Kits au niveau des services de prestations pour la prise en charge des cas de paludisme grave chez les enfants < 5 ans	83 492 269	80 442 968	77 424 334	74 446 414	71 517 668	387 323 651
5	Acquérir 516 853 kits pour la prise en charge des cas de paludisme grave chez la femme enceinte (Artésunate injectable ou quinine injectable, quinine comprimé 300 mg glucosé 10%, perfuseur, cathéter, seringue, antipyrétiques, diazépam)	436 742 880	420 792 400	405 002 640	389 424 560	374 101 280	2 026 063 760
6	Assurer la disponibilité des Kits de paludisme grave chez la femme enceinte au niveau des services de prestations	65 511 432	63 118 860	60 750 396	58 413 684	56 115 192	303 909 564
7	Acquérir 3370 kits essentiels de consultation (tensiomètre, thermomètre, stéthoscope, otoscope, lampe torche, balance, abaisses langue)		180 295 000		180 295 000		360 590 000
8	Assurer la disponibilité des Kits essentiels de consultation au niveau des services de prestations		27 044 250		27 044 250		54 088 500
9	Acquérir les 11 818 418 Tests de Diagnostic Rapide (TDR) pour les structures de santé	1 402 961 500	1 274 304 000	1 148 492 000	1 041 725 500	1 041 725 500	5 909 208 500
10	Assurer la disponibilité des TDR au niveau des services de prestations	210 444 225	191 145 600	172 273 800	156 258 825	156 258 825	886 381 275
11	Acquérir 71 microscopes optiques		103 500 000		3 000 000		106 500 000
12	Assurer la disponibilité des microscopes au niveau des services de prestations		15 525 000		450 000		15 975 000

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					TOTAL 5 ANS (FCFA)
		2013	2014	2015	2016	2017	
13	Acquérir 1905 kits produits consommables pour la réalisation de GE/Frottis à 200 structures publiques, parapubliques (Lames, colorants, huile à immersion, vaccino-stylo, tampon d'alcool)	181 929 096	173 288 664	157 447 872	151 687 584	151 687 584	816 040 800
14	Assurer la disponibilité des Kits au niveau des services de prestations pour la réalisation des GE/FM	27 289 364	25 993 300	23 617 181	22 753 138	22 753 138	122 406 120
15	Organiser un atelier de mise à niveau du pool de 40 formateurs centraux sur le diagnostic du paludisme (microscopie, TDR)	21 000 000	21 000 000				42 000 000
16	Reproduire 1685 exemplaires du manuel technique sur le diagnostic biologique du paludisme (y compris les planches en couleur)	11 795 000					11 795 000
17	Réviser les guides et manuels de formation sur la PEC des cas de paludisme (2 ateliers de 5 jours pour 15 pers)	22 500 000					22 500 000
18	Reproduire 304 guides et 2371 manuels de formation sur la PEC des cas de paludisme	18 725 000					18 725 000
19	Reproduire 3000 algorithmes sur la PEC du paludisme (soumet plastifié)	9 000 000					9 000 000
20	Organiser un atelier de mise à niveau du pool de 39 formateurs centraux sur la PEC des cas de paludisme	58 500 000					58 500 000
21	Organiser 9 sessions de formation/mise à niveau de 275 formateurs régionaux sur les nouvelles directives thérapeutiques du paludisme (9 sessions de 5 jours)	34 500 000	68 625 000				103 125 000
22	Organiser un atelier national de révision du manuel technique de formation sur le diagnostic biologique du paludisme	18 000 000					18 000 000
23	Organiser un atelier de 5 jours de formation/mise à niveau des 15 formateurs centraux sur les soins essentiels (planification, PEC et IEC)	11 250 000					11 250 000
24	Organiser un atelier de 5 jours de formation/ mise à niveau des 39 formateurs régionaux en 2 sessions sur les soins essentiels (planification, PEC et IEC)	14 625 000					14 625 000
25	Organiser un atelier de 5 jours de formation/ mise à niveau des 190 formateurs districts sur les soins essentiels (planification, PEC et IEC)	33 250 000					33 250 000
26	Organiser des ateliers de formation/mise à niveau pour 357 personnels de laboratoire du secteur public et privé au diagnostic biologique du paludisme en 18 sessions	45 000 000	60 000 000	60 000 000	60 000 000	45 000 000	270 000 000

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					TOTAL 5 ANS (FCFA)
		2013	2014	2015	2016	2017	
27	Assurer la supervision formative du personnel de laboratoire (233 structures par an)	31 955 000	31 955 000	31 955 000	31 955 000	31 955 000	159 775 000
28	Organiser 152 sessions de formation/mise à niveau de 3800 prescripteurs du secteur public/privé sur la PEC du paludisme (25 personnes par session)	52 500 000	175 000 000	175 000 000	175 000 000	87 500 000	665 000 000
29	Assurer le suivi post-formation des prestataires de soins au niveau de 62 districts par le niveau régional avec l'appui du niveau national	9 300 000	13 800 000	13 800 000	13 800 000	6 600 000	57 300 000
30	Organiser des sessions d'orientation/information pour 500 pharmaciens, dispensateurs et gérants de dépôts de pharmacie du secteur privé sur les directives thérapeutiques (20 sessions de 25)		12 500 000	12 500 000			25 000 000
31	Assurer la mise en œuvre de la Chimio Prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3 à 59 mois (6 districts l'an 1; 20 districts l'an 2; 47 districts l'an 3; tout le pays l'an 4 et 5)	392 789 600	1 685 587 400	4 577 944 000	5 205 807 600	5 444 334 000	17 306 462 600
	Sous total 1 PEC Formations sanitaires	5 075 862 865	6 364 774 257	8 518 012 313	9 073 089 986	8 872 274 459	37 904 013 879
	Prise en charge dans la communauté						
32	Acquérir 4730513 TDR pour le diagnostic du paludisme au niveau de la communauté (ASC) pour la prise en charge des cas	489 562 500	532 495 500	492 211 000	425 493 500	425 493 500	2 365 256 000
33	Assurer la disponibilité des TDR au niveau communautaire	73 434 375	79 874 325	73 831 650	63 824 025	63 824 025	354 788 400
34	Acquérir 3 453 274 traitements de CTA pour le traitement du paludisme dans la communauté (ASC)	402 411 006	437 700 972	404 587 564	349 747 423	349 747 423	1 944 194 388
35	Assurer la disponibilité des CTA au niveau communautaire	60 361 651	65 655 146	60 688 135	52 462 113	52 462 113	291 629 158
36	Acquérir 554 800 capsules rectales pour le traitement en pré transfert des cas graves au niveau communautaire (Artesunate suppo)	16 516 530	14 943 675	12 833 425	10 762 965	8 745 405	63 802 000
37	Assurer la disponibilité des intrants (artésunate suppositoires) pour le traitement en pré transfert des cas graves au niveau communautaire	2 477 480	2 241 551	1 925 014	1 614 445	1 311 811	9 570 300
38	Organiser un atelier de finalisation et de validation du plan stratégique à base communautaire de lutte contre le paludisme (3 jours pour 30 personnes)	13 500 000					13 500 000

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					TOTAL 5 ANS (FCFA)
		2013	2014	2015	2016	2017	
39	Reproduire le plan stratégique à base communautaire en 1630 exemplaires pour les formations sanitaires	11 410 000					11 410 000
40	Organiser un atelier national de dissémination du plan stratégique à base communautaire	12 000 000					12 000 000
41	Organiser 9 ateliers régionaux de dissémination du plan stratégique à base communautaire	41 850 000					41 850 000
42	Organiser 62 ateliers dans les districts sanitaires pour la dissémination du plan stratégique à base communautaire (CSCoM)	110 000 000					110 000 000
43	Appuyer l'organisation d'un atelier de révision des modules de formation des ASC			5 000 000			5 000 000
44	Appuyer la reproduction de 2 242 exemplaires de modules de formation des ASC	15 694 000					15 694 000
45	Appuyer l'organisation d'un atelier de mise à niveau d'un pool de 30 formateurs centraux /régionaux sur la PECADOM (atelier national de 3 jours)		13 500 000				13 500 000
46	Appuyer la formation de 222 formateurs des Districts sanitaires sur la prise en charge au niveau communautaire		49 950 000				49 950 000
47	Appuyer la formation de 1100 DTC des CSCoM sur la prise en charge à domicile (37 sessions au niveau district)		75 600 000	40 950 000			116 550 000
48	Appuyer la formation de 2242 ASC sur la prise en charge des cas simple et la référence précoce des cas grave de paludisme	54 000 000	46 890 000				100 890 000
49	Appuyer la mise à niveau de 1 440 ASC sur la prise en charge des cas simple et la référence précoce des cas grave de paludisme			33 300 000	31 500 000		64 800 000
50	Organiser une journée d'information à l'intention de 5000 tradithérapeutes sur la reconnaissance des symptômes du paludisme et la référence précoce des cas graves (200 sessions d'1 jour)		18 750 000	18 750 000	18 750 000	18 750 000	75 000 000
51	Produire 5000 fiches plastifiées sur des images de cas grave de paludisme		1 875 000	1 875 000	1 875 000	1 875 000	7 500 000
52	Produire 3 600 fiches plastifiées sur le traitement par CTA au sein de la communauté par les ASC	5 400 000					5 400 000
53	Doter les ASC en 2242 armoires pour le matériel et la trousse ASC (gilets de reconnaissance, torche, bottes, imperméable, sacs plastique/ tissu)	14 573 000					14 573 000
54	Assurer le transport de 2242 armoires équipées jusqu'au niveau district	1 457 300					1 457 300
55	Appuyer tous les ans 2 supervisions de 3 580 ASC par les responsables des CSCoM	85 920 000	85 920 000	85 920 000	85 920 000	85 920 000	429 600 000

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					TOTAL 5 ANS (FCFA)
		2013	2014	2015	2016	2017	
56	Appuyer tous les ans l'organisation de 2 réunions semestrielles régionales de partage et d'échanges sur la performance des activités des ASC (ECD, ECR, ONG, représentant des ASC)	37 200 000	37 200 000	37 200 000	37 200 000	37 200 000	186 000 000
57	Appuyer la prise en charge des frais des activités de suivi à domicile par les ASC (VAD pour le suivi des cas de paludisme, IEC, utilisation des MILD et TPI, Actualisation des données démographiques) 20 000 FCFA/ASC/mois	859 200 000	859 200 000	859 200 000	859 200 000	859 200 000	4 296 000 000
58	Former tous les ans en 2 jours, 1000 enseignants du fondamental sur les moyens de prévention du paludisme (40 sessions de 25 enseignants)	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	150 000 000
59	Former/recycler 1100 agents des ONG partenaires sur la planification, la PEC et la gestion des activités IEC	82 500 000		82 500 000			165 000 000
	Sous total 2 PECADOM	2 419 467 841	2 351 796 169	2 240 771 787	1 968 349 471	1 934 529 277	10 914 914 546
	TOTAL PEC	7 495 330 706	8 716 570 426	10 758 784 100	11 041 439 457	10 806 803 736	48 818 928 425

2.2.2. Prévention du Paludisme chez la femme enceinte

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					TOTAL 5 ANS (FCFA)
		2013	2014	2015	2016	2017	
01	Acquérir 13 478 604 doses de SP pour le TPI chez les femmes enceintes vues en CPN	2 508 489	2 598 795	2 692 353	2 789 277	2 889 690	13 478 604
02	Assurer la disponibilité de la SP au niveau des services de prestations	376 273	389 819	403 853	418 392	433 454	2 021 791
03	Acquérir 4 492 868 MILD pour les femmes enceintes vues en CPN (Routine)	1 902 270 825	1 970 752 875	2 041 701 025	2 115 201 725	2 191 348 250	10 221 274 700
04	Assurer la disponibilité des MILD au niveau des services de prestations	285 340 624	295 612 931	306 255 154	317 280 259	328 702 238	1 533 191 205
05	Organiser un atelier de mise à jour du guide technique sur la prévention du paludisme pendant la grossesse (30 pers pendant 5jr)				22 500 000		22 500 000
06	Reproduire 2342 exemplaires du guide technique sur la prévention du paludisme pendant la grossesse				16 394 000		16 394 000
07	Appuyer la formation/mise à niveau de 1000 prestataires en CPN recentrées (34 sessions de 5 jours pour 30 personnes)		105 000 000	70 000 000			175 000 000
08	Appuyer les activités avancées de CPNR des CSCCom		316 800 000	316 800 000	316 800 000	316 800 000	1 267 200 000
TOTAL Prévention du Paludisme chez la femme enceinte		2 190 496 211	2 691 154 421	2 737 852 385	2 791 383 652	2 840 173 631	13 251 060 000

3.2.2.3. Lutte contre les vecteurs du paludisme

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					TOTAL 5 ANS (FCFA)
		2013	2014	2015	2016	2017	
01	Organiser un atelier d'élaboration de la stratégie nationale de lutte antivectorielle contre le paludisme (29 pers pendant 10 jours)	43 500 000					43 500 000
02	Organiser un atelier national de validation du document de la stratégie de LAV (40 pers pendant 2 jrs)		12 000 000				12 000 000
03	Reproduire et diffuser à tous les niveaux 2000 exemplaires de la stratégie nationale de LAV		14 000 000				14 000 000
04	Acquérir 3 594 295 MILD pour la distribution lors du PEV de routine chez les enfants < 1an des zones à risque de paludisme	1 521 818 025	1 576 602 300	1 633 361 275	1 692 160 925	1 753 078 600	8 177 021 125
05	Assurer la disponibilité des MILD dans les formations sanitaires pour la routine	228 272 704	236 490 345	245 004 191	253 824 139	262 961 790	1 226 553 169
06	Acquérir 9 971 676 MILD pour les campagnes de distribution aux populations des zones à risque de paludisme (couverture universelle)			22 685 562 900			22 685 562 900
07	Assurer le stockage et les coûts opérationnels de la campagne MILD au niveau communautaire			3 402 834 435			3 402 834 435
08	Acquérir des équipements et des fournitures pour la PID dans 3 districts par an	1 806 132 000	1 806 132 000	1 806 132 000	1 806 132 000	1 806 132 000	9 030 660 000
09	Acquérir l'insecticide pour la PID	503 627 378	521 757 963	540 541 250	540 541 250	560 000 735	2 666 468 576
10	Organiser tous les ans 3 réunions techniques du Comité de Pilotage National de la PID (20 personnes)	1 200 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	6 000 000
11	Organiser l'opérationnalisation et la pulvérisation et frais administratifs (y compris inspection environnementale et suivi entomologique)	257 266 000	257 266 000	257 266 000	257 266 000	257 266 000	1 286 330 000

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					TOTAL 5 ANS (FCFA)
		2013	2014	2015	2016	2017	
12	Assurer la formation et la supervision des agents impliqués	149 466 000	149 466 000	149 466 000	149 466 000	149 466 000	747 330 000
13	Organiser la mobilisation communautaire pour la PID	33 500 000	33 500 000	33 500 000	33 500 000	33 500 000	167 500 000
14	Suivi et reporting	28 000 000	28 000 000	28 000 000	28 000 000	28 000 000	140 000 000
15	Gestion des déchets PID (collecte, entreposage, incinération)	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000
16	Réaliser un audit environnemental externe		8 000 000			8 000 000	16 000 000
17	Identifier et cartographier les gîtes larvaires productifs		2 000 000			2 000 000	4 000 000
18	Faire une étude de base sur les aspects entomologiques, parasitologiques et environnementaux pour la lutte anti larvaire		18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	72 000 000
19	Acquérir 20 kits de traitement des gîtes larvaires pour les districts sanitaires ciblés		3 900 000	3 900 000	3 900 000	3 900 000	15 600 000
20	Acquérir tous les ans 800 kg d'insecticides larvicides pour le traitement ciblé de gîtes larvaires	3 200 000	3 200 000	3 200 000	3 200 000	3 200 000	16 000 000
21	Organiser chaque année la campagne de traitement ciblé des gîtes larvaires		12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	48 000 000
22	Appuyer tous les ans des campagnes d'assainissement dans les zones urbaines (Destruction des gîtes)		50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	200 000 000
TOTAL LUTTE ANTIVECTORIELLE		4 584 982 107	4 742 514 608	30 878 968 051	4 858 190 314	4 957 705 125	50 022 360 205

3.2.2.4. Lutte contre les épidémies de paludisme et les situations d'urgences

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					TOTAL 5 ANS (FCFA)
		2013	2014	2015	2016	2017	
01	Faire une analyse de situation des cas notifiés de paludisme sur 5 ans pour déterminer le seuil épidémiologique par district sanitaire	4 500 000					4 500 000
02	Elaborer le plan national de lutte contre les épidémies de paludisme		17 250 000				17 250 000
03	Organiser l'atelier de validation du plan national de lutte contre les épidémies de paludisme		13 200 000				13 200 000
04	Organiser un atelier de formation pour le pool de formateurs centraux sur la prévention et la lutte contre les épidémies de paludisme		20 250 000				20 250 000
05	Reproduire en 180 exemplaires le plan national de lutte contre les épidémies le paludisme		1 260 000				1 260 000
06	Organiser 9 ateliers de dissémination du Plan national de lutte contre les épidémies de paludisme au niveau régional		40 500 000				40 500 000
07	Elaborer un guide technique sur la lutte contre les épidémies de paludisme		28 350 000				28 350 000
08	Reproduire le guide technique sur la lutte contre les épidémies de paludisme		3 500 000				3 500 000
09	Appuyer tous les ans la mise à niveau des relais communautaires des districts à risque épidémique de paludisme sur le système de surveillance épidémiologique		17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	68 000 000
10	Appuyer tous les ans les districts à risque épidémique dans la collecte et l'analyse des données de surveillance hebdomadaire	20 400 000	20 400 000	20 400 000	20 400 000	20 400 000	102 000 000
11	Former 510 agents dans les 17 districts à risque d'épidémie sur la détection et la riposte aux épidémies en 18 sessions		52 920 000				52 920 000

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					TOTAL 5 ANS (FCFA)
		2013	2014	2015	2016	2017	
12	Organiser tous les ans une revue de bilan et de planification dans les 17 districts à risque d'épidémie de paludisme à la veille de la saison des pluies avec l'appui du niveau national et régional	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	85 000 000
13	Appuyer tous les ans les investigations des épidémies de paludisme	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	90 000 000
14	Prépositionner tous les ans des antipaludiques pour les épidémies de paludisme	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	250 000 000
15	Organiser des rencontres périodiques transfrontalières sur la lutte contre le paludisme	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
TOTAL LCEP		119 900 000	309 630 000	132 400 000	132 400 000	132 400 000	826 730 000

3.2.2.5 Communication et mobilisation sociale

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					TOTAL 5 ANS (FCFA)
		2013	2014	2015	2016	2017	
01	Organiser un atelier d'élaboration du plan stratégique de communication sur le paludisme 2013-2017	15 750 000					15 750 000
02	Organiser un atelier de validation du plan stratégique de communication sur le paludisme 2013-2017	12 000 000					12 000 000
03	Reproduire 1000 exemplaires du plan stratégique de communication sur le paludisme 2013-2017	7 000 000					7 000 000
04	Organiser 9 ateliers de dissémination du plan stratégique de communication 2013-2017 dans les 8 régions et le District de Bamako		465 000 000				465 000 000

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					TOTAL 5 ANS (FCFA)
		2013	2014	2015	2016	2017	
05	Appuyer le fonctionnement du groupe de travail multidisciplinaire de communication sur le paludisme.	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	3 000 000
06	Commémorer tous les ans la journée mondiale du paludisme	80 000 000	80 000 000	80 000 000	80 000 000	80 000 000	400 000 000
07	Appuyer tous les ans les activités des festivités événementielles nationales (Mois de la solidarité, Maternité à moindre risque, Journée de la population, Journées des associations et des ordres socioprofessionnels ...)	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
08	Concevoir tous les ans 62 grands panneaux sur la prévention du paludisme (MILD, TPI, PEC, CPN)	18 600 000	18 600 000	18 600 000	18 600 000	18 600 000	93 000 000
09	Acquérir 70 Kits multimédias pour les activités de sensibilisation au niveau communautaire (Téléviseur, lecteur DVD/VCD, caméscope, dictaphone, mégaphone)	12 000 000	36 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	84 000 000
10	Acquérir 25 appareils photos numériques pour la couverture des activités du niveau central et régional	1 250 000	2 500 000		2 500 000		6 250 000
11	Organiser tous les ans des sessions de plaidoyer auprès de 1000 leaders	135 000 000	135 000 000	135 000 000	135 000 000	135 000 000	675 000 000

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					TOTAL 5 ANS (FCFA)
		2013	2014	2015	2016	2017	
	religieux sur la prévention du paludisme dans les 8 régions et le District de Bamako						
12	Produire 13200 boîtes à images pour les relais communautaires		82 000 000	50 000 000			132 000 000
13	Produire 6 spots audio et vidéo sur le paludisme (Recruter un cabinet expert, conception des spots)		18 000 000				18 000 000
14	Produire tous les ans 2000 supports de communication sur le paludisme (dépliants, dossiers de presse, affiches...)	4 500 000	4 500 000	4 500 000	4 500 000	4 500 000	22 500 000
15	Former/Mettre à niveau 444 animateurs des radios de proximité sur la lutte contre le paludisme sur tout le territoire national (2 jours, 16 sessions de 28 personnes)	17 640 000	13 720 000				31 360 000
16	Diffuser tous les ans les 1550 spots TV sur le paludisme (PEC, PECADOM, TPI, MILD) en 5 langues nationales	465 000 000	465 000 000	465 000 000	465 000 000	465 000 000	2 325 000 000
17	Diffuser tous les ans 87840 spots sur le paludisme au niveau de 122 radios (PEC, PECADOM, TPI, MILD) en 5 langues nationales	878 400 000	878 400 000	878 400 000	878 400 000	878 400 000	4 392 000 000
18	Assurer le suivi de la diffusion des spots dans les grilles des	37 820 000	37 200 000	37 200 000	37 200 000	37 200 000	186 620 000

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					TOTAL 5 ANS (FCFA)
		2013	2014	2015	2016	2017	
	programmes des radios communautaires						
19	Organiser une fois par an une journée d'information dans 100 entreprises du secteur privé, dans 20 garnisons et dans 62 établissements scolaires sur la lutte contre le paludisme (182 journées d'information/an)	54 600 000	54 600 000	54 600 000	54 600 000	54 600 000	273 000 000
20	Produire tous les ans à l'occasion de la célébration de la Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme 1 brochure spéciale en couleur en 2000 exemplaires	16 000 000	16 000 000	16 000 000	16 000 000	16 000 000	80 000 000
21	Appuyer tous les ans 2 artistes pour la mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le paludisme	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	20 000 000
22	Organiser une journée d'information avec la presse tous les semestres sur le partage des résultats de la lutte contre le paludisme (50 journalistes)	4 700 000	4 700 000	4 700 000	4 700 000	4 700 000	23 500 000
23	Participer à 10 séminaires internationaux de renforcement de capacités en communication sur la lutte contre le paludisme (2 par an)	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	15 000 000
24	Appuyer tous les ans l'organisation de 2 caravanes de mobilisation	165 000 000	165 000 000	165 000 000	165 000 000	165 000 000	825 000 000

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					TOTAL 5 ANS (FCFA)
		2013	2014	2015	2016	2017	
	sociale sur le paludisme pendant la période de forte transmission						
25	Evaluer tous les ans l'impact des campagnes de mobilisation sociale sur le paludisme	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	100 000 000
26	Créer et soutenir des comités de veille sur le paludisme au niveau communal (1 comité par commune)	210 900 000	210 900 000	210 900 000	210 900 000	210 900 000	1 054 500 000
27	Apporter tous les ans un appui financier sur base contractuelle aux ONG/Associations intervenant dans la lutte contre le paludisme au niveau des 703 communes	562 400 000	562 400 000	562 400 000	562 400 000	562 400 000	2 812 000 000
28	Produire un bulletin trimestriel pour le PNLP	32 000 000	32 000 000	32 000 000	32 000 000	32 000 000	160 000 000
29	Assurer la communication et l'information par l'entremise des médias électroniques et sociaux (site web, facebook, twitter, linkdn)	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
TOTAL C & MS		2 778 160 000	3 329 120 000	2 773 900 000	2 726 400 000	2 723 900 000	14 331 480 000

6- Suivi évaluation et recherche opérationnelle

	INTERVENTIONS	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					TOTAL 5 ANS (FCFA)
		2013	2014	2015	2016	2017	
01	Amélioration des compétences des personnels impliqués dans les activités de lutte antipaludique à tous les niveaux pour une harmonisation des méthodes de suivi/évaluation ;	217731200	212 456 200	202 956 200	178 956 200	143 406 200	955 506 000
02	Renforcement du cadre de travail de la division planification et suivi/évaluation du PNLP et des autres structures impliquées dans la gestion de l'information sur le paludisme	448480000	339 650 000	213 500 000	176 500 000	144 500 000	1 322 630 000
03	Amélioration de la qualité des outils de collecte de données et de suivi de la mise en œuvre des activités du programme à différents niveaux	67200000	46 000 000	42 000 000	46 000 000	42 000 000	243 200 000
04	Mise en place d'un système d'assurance qualité intégrée des données du paludisme	552450000	502 450 000	1 302 450 000	487 450 000	552 450 000	3 397 250 000
05	Constitution de bases factuelles sur le paludisme avec diffusion et utilisation d'informations stratégiques aux différents acteurs, décideurs et partenaires.	731790000	731 790 000	1 066 790 000	731 790 000	801 790 000	4 063 950 000
	TOTAL	2017651200	1 832 346 200	2 827 696 200	1 620 696 200	1 684 146 200	9 982 536 000

7. Coordination et Renforcement Institutionnel du Programme

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					
		2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
01	Organiser des réunions trimestrielles du Comité de pilotage du PNLP (réunion de 30 pers pdt 1 jour)	1 200 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	6 000 000
02	Organiser une réunion semestrielle du Comité d'orientation du PNLP sur la mise en œuvre des activités annuelles de lutte contre le paludisme (réunion de 20 pers pdt 1 jour)	900 000	900 000	900 000	900 000	900 000	4 500 000
03	Former 4 personnes du PNLP en gestion des achats et des stocks	8 000 000		8 000 000			16 000 000
04	Former tous les ans 2 personnes du PNLP en Anglais	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
05	Former 4 personnes du PNLP en GAR		5 000 000		5 000 000		10 000 000
06	Former 4 personnes du PNLP en prévision et quantification des intrants	8 000 000	8 000 000				16 000 000
07	Organiser tous les ans un cours national de paludologie	57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	287 500 000
08	Elaborer un cadre de collaboration Ministère de la Santé et secteur privé dans le cadre de la lutte contre le paludisme	1 500 000					1 500 000
09	Organiser 2 sessions de plaidoyer auprès des chefs d'entreprises et d'institutions du secteur privé pour la lutte contre le paludisme.	900 000		900 000			1 800 000
10	Organiser tous les ans 2 voyages d'échanges d'expériences	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
11	Assistance technique managériale	18 000 000,00					18 000 000
12	Assistance technique pour la mise à échelle des IBC	12 183 500,00					12 183 500
13	Acquérir 2 camions de 5 tonnes pour le transport des MILD en routine et pendant les campagnes de distribution de masse et pour la PID		40 000 000	40 000 000			80 000 000
14	Acquérir 20 ordinateurs de bureau pour le PNLP	7 000 000	7 000 000				14 000 000
15	Acquérir 20 ordinateurs portables pour l'équipe du PNLP	7 000 000	7 000 000				14 000 000

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					
		2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
16	Acquérir 2 photocopieuses grand format		3 800 000	3 800 000			7 600 000
17	Acquérir 15 imprimantes multifonctions (imprimante, photocopieuse, scanner)	5 000 000	2 500 000				7 500 000
18	Acquérir 3 vidéos projecteurs pour le PLNP	1 500 000	1 000 000				2 500 000
19	Assurer la participation de 6 personnes en gestion de projets IEC et plaidoyer		5 000 000	5 000 000	5 000 000		15 000 000
20	Construction/Réhabilitation et équipement des locaux du PNL		615 000 000				615 000 000
21	Renforcer les capacités de 2 cadres du PNL en gestion de programme		5 000 000				5 000 000
22	Former 6 personnes du Programme sur la recherche sur le système de santé (formation internationale)	8 000 000		8 000 000		8 000 000	24 000 000
23	Appuyer la participation du PNL tous les ans à 5 conférences internationales sur le paludisme	12 500 000	12 500 000	12 500 000	12 500 000	12 500 000	62 500 000
24	Organiser deux tables rondes nationales pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme (80 pers pdt 1 jour)	9 000 000		9 000 000			18 000 000
25	Organiser chaque 2 an un téléthon pour la mobilisation des ressources		7 000 000		7 000 000		14 000 000
26	Appuyer la révision des curricula de formation au niveau de l'INFSS pour prendre en compte le volet paludisme	4 000 000					4 000 000
27	Développer des programmes en milieu scolaire sur le paludisme	5 625 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	77 625 000
28	Acquérir 10 véhicules 4X4 pour l'appui au suivi des activités périphériques	32 000 000	96 000 000	32 000 000			160 000 000
29	Acquérir 20 motos pour les courses du PNL (personnels d'appui)		7 000 000	3 500 000	3 500 000		14 000 000
30	Appuyer le fonctionnement du PNL (Entretien de véhicules, carburant, maintenance de l'outil informatique, frais de communication)	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	90 000 000
TOTAL RI/PNL		232 808 500	932 400 000	233 300 000	143 600 000	131 100 000	1 673 208 500

ANNEXE 6

Cadre de performance du plan stratégique 2013-2017

1. Indicateurs d'impact

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année				
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017
01	Incidence des cas suspects de paludisme (Cas externes et cas hospitalisés)	44 %	2012	SLIS	37,11 %	33,11 %	29,11 %	25,11 %	21,11 %
02	Incidence des cas confirmés de paludisme (Cas externes et cas hospitalisés)	644611	2012	Surveillance épidémiologique	580150	522135	469921	422929	380636
03	Incidence du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux et formations sanitaires	541354	2012	SLIS	453038	407734	366960	330264	297238
04	Incidence du paludisme grave (chez les hospitalisés dans les hôpitaux et formations sanitaires avec lits)	646388	2012	SLIS	500223	450200	405180	364662	328196

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année				
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017
05	Prévalence du <i>Plasmodium</i> chez les enfants âgés de moins de 5 ans (et dans la population générale)	52%	2012	EDSM V	45%	35%	25%	23%	18%
06	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois	82 %	2012	EDSM V	70%	65%	60%	55%	50%
07	Taux de positivité des tests de paludisme (Microscopie et/ou TDR) chez les patients (externe et hospitalisés)	73%	2012	Surveillance épidémiologique	63%	53%	43%	33%	23%
08	Incidence des décès liés au paludisme chez les hospitalisés (hôpitaux, autres structures avec lits)	42%	2011	SLIS	34%	30%	26%	22%	18%
	2.Indicateurs de résultats (effets)								

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année				
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017
	Lutte antivectorielle								
09	Proportion de ménages avec au moins une MILD pour 2 personnes dans les zones couvertes par la campagne	ND			80%	80%	80%	100%	100%
10	Proportion de personnes, tout âge confondu, ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	ND			60%	65%	80%	85%	90%
11	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	69,9%	2012	EDSM V	72%	75%	80%	85%	95%
12	Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	75,2%	2012	EDSM V	77%	89%	80%	85%	95%
13	Pourcentage de la	98,64	2012	Rapport PID	98,5%	99%	99%	99%	99%

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année				
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017
	population protégée par la PID dans les zones ciblées	%							
	TPI chez la femme enceinte								
14	Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI durant leur dernière grossesse avec une naissance vivante	36%	2012	SLIS	56%	66%	80%	80%	80%
Chimio-prévention saisonnière chez les enfants de moins de 5 ans									
15	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois ayant bénéficié de 4 doses SP/AQ dans la zone concernée	ND			70%	70%	80%	85%	90%
	Diagnostic et traitement des cas de paludisme								
16	Pourcentage de cas suspects de	61%.	2012	Surveillance épidémiologique	65%	70%	80%	80%	80%

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année				
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017
	paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique avec TDR								
17	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique avec GE/FM	14,5%	2012	Surveillance épidémiologique	15%	16%	17%	18%	20%
18	Pourcentage des cas simple de paludisme vus en consultations externes dans les formations sanitaires publiques et privées ayant bénéficié d'un traitement antipaludique approprié conformément aux directives nationales	84,20%	2012	RA PNLP	85%	90%	95%	95%	100%
19	Proportion d'enfants de moins de 5 ans	ND			50%	70%	80%	85%	85%

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année				
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017
	avec paludisme confirmé ayant été traités avec CTA par les ASC								
20	Proportion d'enfants de moins de 5ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers signes	15,4%	2012	EDSM V	25%	30%	35%	40%	45%
21	Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme suspect ayant été testée avec TDR par les ASC au niveau communautaire	ND			50%	70%	80%	85%	95%
	Communication pour le Changement social et de Comportement								

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année				
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017
22	Pourcentage de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent les mesures préventives du paludisme	ND			70%	75%	80%	85%	85%
	3. Indicateurs de gestion du Programme (indicateurs d'intrants et de processus)								
23	Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks de plus d'une semaine dans les principaux intrants (CTA, TDR, SP, MILD, Kit PECADOM) par mois	80,72 %	2012	Canevas mensuel PNL	80%	90%	95%	95%	98%
24	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois ayant bénéficié d'au moins une dose de	ND			80%	80%	80%	85%	90%

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année				
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017
	SP/AQ dans la zone concernée								
25	Nombre de tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques (CTA) réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole OMS	ND			2	2	2	2	2
26	Nombre de tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole OMS	ND			2	2	2	2	2
27	Taux d'exécution des activités du Plan d'action annuel du PNLP	53,06 %	2011	RA PNLP	70%	80%	85%	90%	90%
28	Taux d'absorption du budget alloué à la lutte contre le paludisme par l'Etat et les partenaires	89,49 %	2011	RA PNLP	90%	92%	95%	97%	97%

ANNEXE 7

Liste des participants à l'élaboration du plan stratégique 2013-2017

N°	PRENOM & NOM	SERVICE	CONTACT	EMAIL
01	Dr Sidi Oumar Touré	PKCII	76476435	sidabbatoure@yahoo.fr
02	Dr Broulaye Traoré	Pédiatrie CHU GT	66785009	dbrou@yahoo.fr
03	Dr Modibo Diarra	SIAPS	78647829	mdiarra@msh.org
04	Dr Aligui Yattara	SIAPS	78206319	yalgui@msh.org
05	Mme Keita Mariam Diakité	PNLP	76316648	maridia60@yahoo.fr
06	Abdourhamane Dicko	PNLP	66783559	dickoabdourhamane59@yahoo.fr
07	Dr Aboubacar Sadou	USAID/PMI	76751731	asadou@usaid.gov
08	Dr Diakalia Koné	PNLP	76485430	dkone1311@yahoo.fr
09	Dr Karchi Abderahmane	s/c OMS Mali	OMS	kharchia@who.int
10	Dr Bambi Bâ	PNLP	76243965	mbayebambi@yahoo.fr
11	M. Souleymane Doumbia	SP/CCM	76022268	souldjoma09@yahoo.fr
12	Dr Sidibé Fatoumata Maguiraga	CNIECS	76049763	fatoumag02@yahoo.fr
13	Dr Josépha Maya Traoré	AIRS/Mali	66713469	josephatraore@africairs.net
14	Dr Daouda Makan Touré	DPM	76012445	touredaoudamakan@yahoo.fr
15	Dr Jules Mihigo	CDC/PMI	73900688	jmihigo@usaid.gov
16	Dr Seydou Fomba	PNLP	66843962	drfomba@hotmail.fr
17	Dr Amadou Sékou Traoré	MRTC	79303209	amadoust@icermali.org
18	M. Bakary Keita	FENASCOM	76365159	fenascom@yahoo.fr
19	Dr Djibril Tamba Konaté	LNS	66718478	djibriltamba@yahoo.fr

20	Dr Mamoutou Diabaté	DNS	76014467	diabatemam@yahoo.fr
21	Dr Ibrahim Coulibaly	CT/MS	72295708	ibrahimcoulibaly55@yahoo.fr
22	Dr Massambou Sacko	OMS	77968777	sackom@ml.afro.who.int
23	Mme Touré Fatoumata Diaty	PNLP	76435273	tfatoumatadiaty@yahoo.fr
24	Dr Batenin Sacko	PNLP	66711495	sackobatenin@yahoo.fr
25	Dr Klenon Taroré	PNLP	76303377	klenont@yahoo.fr
26	Dr Hippolyte Traoré	INRSP	60899322	hippolytetraore@yahoo.fr
27	Dr Cheick Oumar Coulibaly	OMS	76140120	coulibalyc@ml.afro.who.int
28	Dr Madina Konaté	PNLP	76231703	dinacoul70@yahoo.fr
29	Dr Hamidou Cissoko	DNS	76471521	cissokoham@yahoo.fr
30	Dr Yacouba Djiré	PSI/Mali	76233950	ydjire@psimali.org
31	Dr Yacouba Sangaré	DRS	76082204	yacousangkidal@yahoo.fr
32	Mme Aissata Cissé	PNLP	66795533	cisaissata@yahoo.fr
33	Mme Fanta Traoré	PNLP	66783960	fantaytraor@yahoo.fr
34	M. Drissa Lamine Coulibaly	PNLP	66728069	cdrissalamine@yahoo.fr
35	M. Abdoulaye Coulibaly	PNLP	78505326	
36	M. Ousmane Koné	Cabinet /MS		
37	M. Issa Doumbia	DFM/Santé	66729253	espacecyberyam@yahoo.fr
38	Dr Barrasson Diarra	PNLP	63340813	Barassondiarra750@hotmail.com
39	M. Moctar Traoré	DNS	76107511	Traorem35@yahoo.fr
40	Dr Samba Coumaré	MRTC	69569925	scoumare@icermali.org
41	Dr Mohamed Keita	PNLP	66722688	bilkeita@yahoo.fr
42	Dr Souleymane Vincent Sanogo	PNLP	65867653	sanogovincent@yahoo.fr

44	Dr Diahara Traoré	PNLP	76477560	dtkone@hotmail.fr
45	M. Bohy Dembélé	PNLP	66760764	tbohy_dembele@yahoo.fr
46	M. Mory Camara	PNLP	66727217	camaramory@yahoo.fr
47	Dr Awa Sidibé	PNLP	70381939	kadisam50@yahoo.fr
48	Pr Abdoulaye Touré	UNICEF	66732800	atoure@unicef.org
49	Dr Issaka Sagara	MRTC	76459079	isagara@icermali.org
50	Pr Sekou F Traoré	MRTC	66753394	cheick@icermali.org
51	Dr Mamadou B Coulibaly	MRTC	75369580	doudou@icermali.org