



REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Programme National de Lutte Contre le Paludisme

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2016-2020

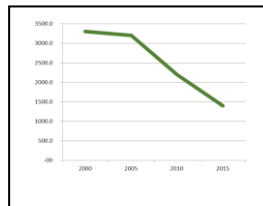


TABLE DES MATIÈRES

PREFACE	iv
REMERCIEMENTS	v
LISTE DES ABREVIATIONS	vi
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES	vii
RESUME	viii
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	2
1.1 Profil du pays	2
1.1.1 Situation géographique et administratif	2
1.1.2 Situation socio-politique.....	2
1.1.3 Situation démographique.....	2
1.1.4 Écosystème, Environnement et Climat	3
1.1.5 Situation socio-économique	4
1.1.6 Analyse du système de santé.....	6
1.2 Organisation du système de santé	7
1.2.1 Organisation administrative du système.....	7
1.2.2 Organisation de l'offre de soins en Côte d'Ivoire	8
1.2.3 Organisation du MSHP.....	10
1.2.4 Situation actuelle du système de santé.....	12
1.2.5 Contribution du PNLP au renforcement du système de santé	16
1.2.6 Forces , faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) du système de santé.....	17
2 ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME	19
2.1 Structure organisationnelle de la lutte contre le paludisme	19
2.2 Historique de la lutte contre le paludisme	19
2.3 Profil épidémiologique	21
2.3.1 Parasites du paludisme	21
2.3.2 Vecteurs du paludisme	21
2.3.3 Dynamique de la transmission du paludisme.....	23
2.3.4 Stratification de la transmission du paludisme	23
2.3.5 Morbidité, mortalité et fardeau économique.....	25
2.4 Performance du Programme de lutte	26
2.4.1 Résultats actuels de la lutte.....	26
2.4.2 Progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du programme.....	29
2.4.3 Défis pour la période 2016- 2020	30
3 CADRE STRATEGIQUE DU PSN	31
3.1 Vision	31
3.2 Mission	31
3.3 Principes directeurs et valeurs	31
3.4 Orientations stratégiques et priorités politiques	31
3.5 Buts, objectifs et résultats attendus	32
3.5.1 Buts.....	32
3.5.2 Objectifs.....	32
3.5.3 Résultats attendus	32
3.6 Interventions de lutte et modalités de mise en œuvre	33
3.6.1 Accès universel aux MILDA.....	33
3.6.2 Prévention par la Pulvérisation Intradomiciliaire (PID).....	36
3.6.3 Prévention par la Lutte anti larvaire (LAL).....	37
3.6.4 Prévention du paludisme chez la femme enceinte.....	39
3.6.5 Diagnostic et prise en charge des cas	40
3.6.6 Gestion des urgences et des catastrophes	43
3.6.7 IEC/CCC, mobilisation communautaire.....	44

3.6.8	Suivi-évaluation et recherche opérationnelle.....	46
3.7	Cadre de performance du PSN 2016-2020.....	48
4	CADRE DE MISE EN ŒUVRE.....	52
4.1	Modalités de mise en œuvre du PSN	52
4.1.1	Mécanisme de planification et de mise en œuvre	52
4.1.2	Système de partenariat et de coordination	52
4.1.3	Approvisionnement et système de gestion des achats.....	54
4.1.4	Gestion des ressources financières	55
4.1.5	Gestion et atténuation des risques.....	55
4.2	Budgétisation du PSN.....	56
4.2.1	Résumé du budget du PSN 2016-2020 par intervention (incluant le Plan de S&E 2016-2020)	56
4.2.2	Résumé du budget du PSN 2016-2020 par catégorie de coût.....	56
4.2.3	Plan de mobilisation des ressources.....	57

PREFACE

La lutte contre le paludisme fait partie des priorités définies dans les différents Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) de la Côte d'Ivoire depuis 1996.

Cette priorité se justifie par le fait que selon l'Annuaire des Statistiques Sanitaires (ASS), le taux d'incidence en 2015 du paludisme reste élevé dans la population générale : 155 cas pour 1000 et particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans : 292 cas pour 1000 (DPPEIS, 2015).

En visant l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé et au paludisme, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a élaboré son troisième Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le paludisme pour la période 2012-2015 avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers. Ce plan visait à intensifier les interventions majeures de contrôle du paludisme conformément aux objectifs orientés vers l'accès universel.

Avec la mise en œuvre dudit plan, de véritables progrès ont été enregistrés dans la lutte contre le paludisme depuis 2015 à travers la mise à l'échelle des interventions prioritaires.

A la fin de la période d'exécution de ce plan, une revue conjointe des performances du programme a été réalisée en fin 2016 début 2017 avec l'appui de l'OMS et les autres partenaires de la lutte antipaludique en Côte d'Ivoire. Cette revue a permis d'examiner les acquis, de faire une analyse des forces et faiblesses des interventions et de définir les priorités stratégiques au regard des « meilleures pratiques » et des perspectives en matière de lutte contre le paludisme d'ici 2020.

Au terme de la mise en œuvre du plan stratégique 2012-2015, la revue des performances a été conduite par des experts nationaux et internationaux sous l'égide de l'OMS. Sur la base des conclusions issues de cette revue, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique s'engage dans l'élaboration de son plan stratégique de quatrième génération de lutte contre le paludisme pour la période 2016–2020. Ce plan vise à pérenniser les acquis et à poursuivre la lutte selon les nouvelles orientations définies dans la Stratégie Mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique témoigne sa reconnaissance à tous les partenaires et parties prenantes de la lutte contre le paludisme qui l'ont accompagné dans l'élaboration du présent PSN 2016-2020. Il sollicite davantage leur adhésion et leur soutien technique et financier pour sa mise en œuvre effective.

C'est ensemble que nous pouvons réaliser notre vision d'«*Une Côte d'Ivoire émergente et prospère sans paludisme à l'horizon 2020*».

Docteur Raymonde GOUDOU COFFIE
Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

REMERCIEMENTS

L'élaboration du Plan Stratégique National 2016-2020 de quatrième génération pour la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire est le résultat d'une parfaite collaboration entre le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) et ses Partenaires Gouvernementaux, non Gouvernementaux, Multi et Bilatéraux.

Au nom du Gouvernement de la Côte d'Ivoire, au nom de la population générale et en mon nom propre, je tiens sincèrement à remercier l'ensemble des Experts nationaux et internationaux qui ont contribué à l'élaboration de ce Plan.

Mes remerciements s'adressent tout particulièrement :

- aux différents Experts des Directions et Services du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, pour leur entière disponibilité et les efforts qu'ils n'ont cessé de ménager pour l'élaboration de ce document ;
- aux Experts des autres Ministères techniques pour leur contribution très appréciée, gage de l'action gouvernementale concertée.
- aux Membres de l'Organe de Coordination Pays ou CCM et au personnel de son secrétariat ;
- à l'ensemble de nos partenaires techniques et financiers notamment le Fonds mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMLSTP), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), l'Agence des États-Unis pour le Développement (USAID) PMI et Roll Back Malaria (RBM)
- aux ONGs Internationales principalement MSH pour, Save the Children, aux ONGs locales et associations communautaires et religieuses.
- aux organisations du secteur privé de santé notamment la Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire (CECI) et les Ordres et Syndicats des professionnels du secteur de la santé.
- à toutes les parties prenantes pour leurs contributions.

J'ai la ferme conviction que notre mobilisation concertée pour le financement et la mise en œuvre des activités du présent Plan Stratégique permettra de maintenir et consolider les acquis en fin 2020.

Une fois encore, je voudrais vous exprimer mes sincères remerciements à toutes et à tous.

Docteur Raymonde GOUDOU COFFIE
Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

LISTE DES ABREVIATIONS

ASC	:	Agent de Santé Communautaire
APROSAM	:	Association pour la Promotion de la Santé femme, famille, Mère et l'enfant
BP	:	Bénéficiaire Principal
CAP	:	Connaissances, Aptitudes et Pratiques
CCM	:	Country Coordinating Mechanism (Organe de Coordination Pays)
CHR	:	Centre Hospitalier et Régional
CHU	:	Centre Hospitalier et Universitaire
CNO	:	Centre Nord et Ouest
CPN	:	Consultation Pré Natale
CTA	:	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CS	:	Centre de Santé
CSE	:	(Responsable du) Centre de Surveillance Epidémiologique
DIIS	:	Direction de l'Information et de l'Informatique Sanitaire
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
DSC	:	Direction de la Santé Communautaire
ECD	:	Equipe Cadre de District
EPN	:	Etablissement Public National
ERS	:	Equipe Régionale de Santé
ESPC	:	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
HG	:	Hôpital Général
HMA	:	Hôpital Militaire d'Abidjan
IBC	:	Intervention à Base Communautaire
IDE	:	Infirmier Diplômé d'État
INSP	:	Institut National de Santé Publique
FMLSTP	:	Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
LAV	:	Lutte Anti-Vectorielle
MII	:	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA	:	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée Action
MICS	:	Multiple Indicator Cluster Survey
NPSP	:	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
OBC	:	Organisation à Base Communautaire
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ORSEC	:	Organisation des Secours en situation de Catastrophe
PEC	:	Prise en Charge
PECADOM	:	Prise en Charge à Domicile
PEV	:	Programme Élargi de Vaccination
PID	:	Pulvérisation Intra-Domiciliaire ?
PMI	:	President's Malaria Initiative
PNLP	:	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNN	:	Programme National de Nutrition
PSI	:	Population Service International
PSP	:	Pharmacie de la Santé Publique
SE	:	Suivi et Evaluation
SODEXAM	:	Société de Développement d'Exploitation et Aéronautique et Météorologique
SP	:	Sulfadoxine-Pyriméthamine
TDR	:	Test de Diagnostic Rapide
TPI	:	Traitement Préventif Intermittent
TRaC	:	Tracking Results Continuously (A traduire en français)
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le développement)

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1: PRINCIPAUX INDICES DE DEVELOPPEMENT.....	5
TABLEAU 2 : BUDGET DE L'ETAT ALLOUE AU SECTEUR DE LA SANTE ET A LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....	7
TABLEAU 3 : DISTRIBUTION DE LA POPULATION A RISQUE DE PALUDISME PAR STRATE.....	23
TABLEAU 4: PROGRES REALISES DANS L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DU PROGRAMME	29
TABLEAU 5: APPROCHES OPERATIONNELLES DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS MILDA.....	35
TABLEAU 6: APPROCHES OPERATIONNELLES DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS PID.....	37
TABLEAU 7: APPROCHES OPERATIONNELLES DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS LAL.....	38
TABLEAU 8: APPROCHES OPERATIONNELLES DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS TPI.....	40
TABLEAU 9: APPROCHES OPERATIONNELLES DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS DE PEC.....	43
TABLEAU 12: APPROCHES OPERATIONNELLES DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS MILDA.....	47
TABLEAU 12: CADRE DE PERFORMANCE DU PSN 2016-2020	48
TABLEAU 13: BUDGET PAR INTERVENTION.....	56
TABLEAU 14: BUDGET PAR CATEGORIE DE COUT	56

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: PYRAMIDE DES AGES DE LA POPULATION IVOIRIENNE.....	3
FIGURE 2: DISTRIBUTION DE LA POPULATION DE LA COTE D'IVOIRE EN 2014.....	3
FIGURE 3: CARTE DU RELIEF DE LA COTE D'IVOIRE	3
FIGURE 4: REPRESENTATION SCHEMATIQUE DE LA PYRAMIDE SANITAIRE DE LA COTE D'IVOIRE	8
FIGURE 5: ORGANIGRAMME DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE	12
FIGURE 6: REPRESENTATION SCHEMATIQUE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES	18
FIGURE 7: ORGANIGRAMME FONCTIONNEL DU PNL.....	19
FIGURE 8: HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....	20
FIGURE 9 : DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DES PRINCIPAUX VECTEURS DU PALUDISME DE 1956 A 2009.....	21
FIGURE 10: CARTOGRAPHIE DE LA RESISTANCE DE AN. GAMBIAE AUX PYRETHRINOÏDES, COTE D'IVOIRE.....	22
FIGURE 11: STRATIFICATION DES DISTRICTS SANITAIRES SELON LE RISQUE PALUSTRE EN COTE D'IVOIRE ...	24
FIGURE 12: ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE DU PALUDISME EN COTE D'IVOIRE 2012-2015.....	25

RESUME

En Côte d'Ivoire, le paludisme sévit sous un mode endémique avec une transmission permanente et des recrudescences en saison de pluies. Il constitue la première cause de morbidité avec 43% des motifs de consultation dans les formations sanitaires du pays selon l'Annuaire Statistique 2015 avec une incidence de 155 cas pour 1 000 habitants dans la population générale et 292 pour 1 000 chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont les plus vulnérables : ils en payent le plus lourd tribut.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a mis en place depuis 1996 un Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et a déjà élaboré trois plans quinquennaux stratégiques dont celui de la première génération qui couvre la période 2001-2005.

Le Plan Stratégique de troisième génération, élaboré pour la période 2012-2015 est arrivé à terme. Il avait pour but l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) par la couverture universelle en méthodes de prévention et de traitement du paludisme.

Après quatre années de mise en œuvre, une revue du programme a été conduite par des experts nationaux et internationaux sous l'égide de l'OMS. Elle a permis de mettre en évidence d'importants progrès réalisés dans cette lutte dont :

- l'engagement politique par l'adoption d'une ligne budgétaire de 2 milliards de FCFA par an pour l'achat de MILDA additionnelles ;
- la volonté d'équité dans l'accès aux soins antipaludiques par la gratuité pour tous, aux mesures de prévention et de traitement à travers :
 - (i) la distribution gratuite des MILDA à toute la population,
 - (ii) la gratuité du Traitement Préventif Intermittent (TPI) aux femmes enceintes,
 - (iii) la gratuité du diagnostic par les tests rapides des cas suspects, et
 - (iv) la gratuité du traitement du paludisme simple avec les Combinaisons Thérapeutiques à base des dérivés d'Artémisinine (CTA) aux populations malades
- la révision du document de politique en matière de lutte contre le paludisme qui s'aligne sur les nouvelles recommandations internationales de l'OMS ;
- la mise en œuvre effective de la PECADOM dans 24 districts sanitaires sur 36 ciblés ;
- la révision du plan de communication sur la base des insuffisances relevées lors de l'enquête TRaC pour Tracking Results Continuously ;

Elle a relevé aussi les insuffisances clés suivantes:

- la faiblesse du fonctionnement des sites sentinelles de surveillance;
- la faiblesse de la complétude et de la promptitude des données du système national d'information sanitaire ;
- l'insuffisance de ressources pour le financement de certaines interventions notamment la Pulvérisation Intradomiciliaire (PID) et la Lutte Antivectorielle (LAV) ;
- l'insuffisance de fonctionnalité des instances de coordination du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ;
- la faible capacité de quantification des intrants antipaludiques, source de ruptures fréquentes au niveau opérationnel ;
- l'absence d'une cartographie des risques palustres ;

Au vu de ces faiblesses, le PNLP a redéfini des nouveaux défis pour la période 2016-2020, qui sont essentiellement :

- Prévention par l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'action (MILD)
- Prévention par la PID et LAL
- Traitement préventif intermittent à la SP chez les femmes enceintes
- Diagnostic et prise en charge des cas : FOSA publiques et privées ; communautaires
- Gestion des urgences et des catastrophes
- Suivi des interventions y compris la pharmacovigilance
- Communication et mobilisation sociale

Ces défis seront adressés lors de la mise en œuvre de ce nouveau Plan à travers les axes stratégiques prioritaires suivants :

- ❖ Lutte anti vectorielle
- ❖ Chimio-prévention
- ❖ Prise en charge des cas
- ❖ Communication sociale pour le changement de comportement (CCC)
- ❖ Surveillance, Suivi/Evaluation et Recherche Opérationnelle
- ✚ Gestion du programme

La mise en œuvre de ce plan tiendra compte du profil épidémiologique qui stratifie le pays en quatre zones opérationnelles d'intervention. L'opérationnalisation des activités se fera avec la contribution de toutes les parties prenantes notamment les associations de femmes et de jeunes, les organisations à base communautaire, les leaders religieux, le secteur privé, les collectivités locales et la société civile. Le cadre de plaidoyer impliquera outre ces acteurs, les parlementaires et les plus hautes autorités de l'Etat.

Le budget total du présent Plan Stratégique National 2016-2020 s'élève à **Deux cent quarante-trois milliard trois cent soixante-deux million six cent trente-sept mille six cent quatre-vingt et un (243 362 637 681) f CFA soit 371 003 949 euros**

INTRODUCTION

En Afrique au sud du Sahara, le paludisme constitue un problème majeur de santé publique. Selon le rapport mondial 2016 de l’OMS, sur 212 millions de cas enregistrés au niveau mondial en 2015, 190 millions sont notifiés en Afrique subsaharienne (90%). De plus, l’Afrique concentre 92% des 429 000 décès mondiaux dus au paludisme dont 70% concernent les enfants de moins de 5 ans (*Rapport OMS, 2016*).

En Côte d’Ivoire, le paludisme représente la première cause de morbidité avec 43% des motifs de consultation dans les formations sanitaires du pays, un taux d’incidence de 155 pour 1000 dans la population générale et un taux d’incidence de 292 pour 1000 chez les enfants âgés de moins de 5 ans (*ASS 2015*). Les enfants âgés moins de 5 ans et les femmes enceintes constituent les populations les plus vulnérables.

Sur le plan socioéconomique, le paludisme est responsable de 40% d’absentéisme en milieu scolaire et 42% d’absentéisme en milieu professionnel réduisant ainsi la capacité de la population à la production. Le paludisme entretient la pauvreté au sein des familles, qui chaque année, lui consacrent 25% de leurs revenus pour le traitement et la prévention (*Kouadio AS. et al. 2006*).

Conformément aux objectifs mondiaux, la Côte d’Ivoire s’est engagée à favoriser la mise en œuvre des interventions efficaces pour atteindre les objectifs d’au moins 80% de couverture des populations en interventions stratégiques en relation avec les Objectifs de Développement Durable (ODD) de santé.

Pour faire face aux engagements internationaux, la Côte d’Ivoire a inscrit la lutte contre le paludisme au titre des priorités des Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) successifs dont celui de la période 2016-2020. Ce dernier PNDS servira de base à l’élaboration du quatrième plan stratégique de lutte contre le paludisme prenant en compte les recommandations de la Revue des Performances du Programme de la période 2012-2015 et les nouvelles Orientations Mondiales de l’OMS.

Cette revue des performances conduite sous l’égide de l’OMS a permis d’examiner les acquis et de définir les priorités du plan stratégique de quatrième génération de lutte contre le paludisme pour la période 2016–2020. Ce plan vise à pérenniser les acquis et à poursuivre la lutte selon les nouvelles orientations définies dans la Stratégie Mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030.

1 CONTEXTE

1.1 Profil de la Côte d'Ivoire

1.1.1 Situation géographique et administratif

Située en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire est limitée au Nord par le Mali et le Burkina-Faso, à l'Ouest par la Guinée et le Libéria, à l'Est par le Ghana et par le Golfe de Guinée au Sud. Elle se situe entre le 4°30' et le 10°30' de latitude nord et le 8° et le 9° de longitude ouest. Elle a une superficie de 322 462 km².

Sur le plan administratif, la Côte d'Ivoire compte deux Districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), 31 Régions, 108 Départements, 410 Sous-Préfectures, 197 Communes et plus de 8000 villages. Elle a pour capitale politique, Yamoussoukro située au centre du pays, à 230 km d'Abidjan. La capitale économique est Abidjan. La langue officielle est le Français.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) dispose d'un découpage administratif particulier avec 20 Régions Sanitaires et 83 Districts Sanitaires.

1.1.2 Situation socio-politique

La Côte d'Ivoire est un pays démocratique avec un régime de type présidentiel. Elle possède une Assemblée Nationale composée de 225 députés-élus au suffrage universel direct pour un mandat de cinq ans. Le paysage politique ivoirien est constitué de plus de 130 partis politiques. La vitalité démocratique est marquée par l'organisation régulière des élections présidentielles, législatives, municipales et régionales.

Du point de vue sécuritaire, le pays est relativement stable. La situation sécuritaire s'est améliorée après la crise de 2010. L'État de droit et la sécurité des biens et des personnes ont été rétablis sur l'ensemble du territoire, ce qui a favorisé le retour du siège statutaire de la Banque Africaine de Développement à Abidjan en septembre 2014. L'indice de sécurité en Côte d'Ivoire estimé à 1,6 en Janvier 2015, s'est établi à 1,11 en Décembre 2015.

1.1.3 Situation démographique

Selon le Recensement Général de la Population et des Habitats (RGPH) de 2014, la population de la Côte d'Ivoire est de 22 671 333 habitants avec une densité de 70,3 habitants par km². Selon les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) cette population est estimée à 23 865 566 habitants en 2016.

La répartition de la population vivant en Côte d'Ivoire indique que les hommes représentent 51,7% de la population et les femmes 48,3% (RGPH 2014). Elle est composée de 76% d'autochtones et de 24% d'étrangers. Le taux d'accroissement annuel moyen de la population est de 2,6%. Selon la structure d'âge, la population ivoirienne demeure encore très jeune. Les enfants de 0 à 14 ans révolus représentent 41,8% de la population totale et les jeunes de 15 à 34 ans révolus constituent 35,5% de la population soit un total de 77,3%.

La moitié de la population vit en milieu urbain (50,3%). Cette population urbaine est essentiellement concentrée à Abidjan (38,7% correspondant à 20,8% de la population générale). Douze villes ont plus de 100 000 habitants. Les régions les moins peuplées sont celles du District régulier du Denguélé (Kabadougou et Folon) au nord. Les régions administratives les plus peuplées sont celles des Lagunes 2, Lagunes 1, Gboklè-Nawa-San Pédro, Gbèkè, le Haut-Sassandra et Tonkpi : elles enregistrent plus de 1 500 000 habitants.

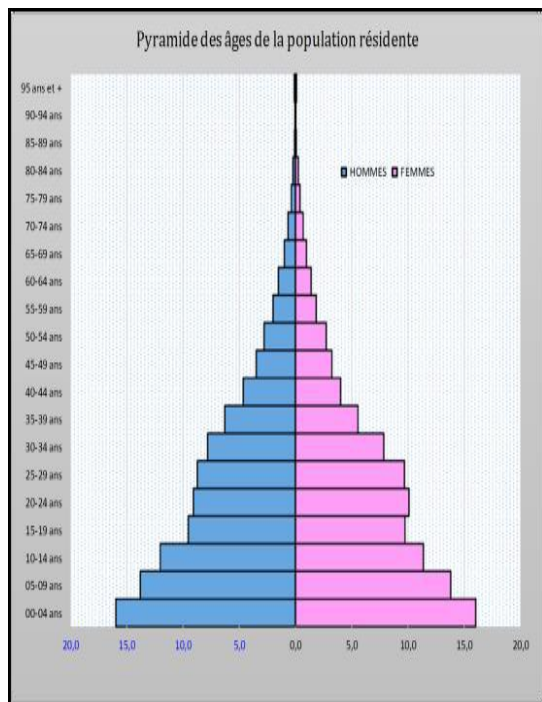


Figure 1: Pyramide des âges de la population ivoirienne
Source: INS, RGPH 2014

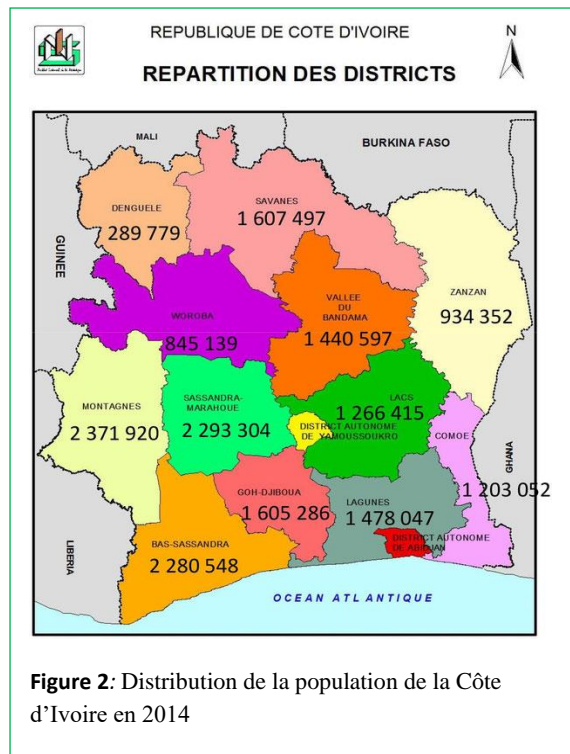


Figure 2: Distribution de la population de la Côte d'Ivoire en 2014

1.1.4 Écosystème, Environnement et Climat

La Côte d'Ivoire dispose d'un relief relativement peu accidenté composé notamment de plaines au Suet, de plateaux étagés au Centre et au Nord. L'ouest du pays est une zone montagneuse dont le point culminant est le Mont Nimba (1 753 mètres). La végétation en Côte d'Ivoire est caractérisée par une zone forestière au Sud, une zone pré-forestière au centre et une zone de savane au Nord.

Il existe quatre grands fleuves : le Cavally (700 km) à l'extrême-Ouest, le Sassandra (600 km) à l'Ouest, le Bandama (1 050 km) au Centre et le Comoé (1 160 km) à l'Est.

La Côte d'Ivoire est soufflée alternativement par des courants d'air continental et maritime, sec ou humide.

Les variations thermiques (ordre de 3°C. mensuelle et annuelle) sont très faibles de l'ouest à l'est. L'humidité relative reste toujours élevée (moyenne supérieure à 80 %).

Au sud, le climat est de type équatorial, très humide. La pluviométrie oscille entre 2 100 mm (à Abidjan) et 2 500 mm (à Tabou). Le centre est caractérisé par un climat tropical humide avec une pluviométrie annuelle de 1 200 mm à Bouaké. Le nord, avec un climat

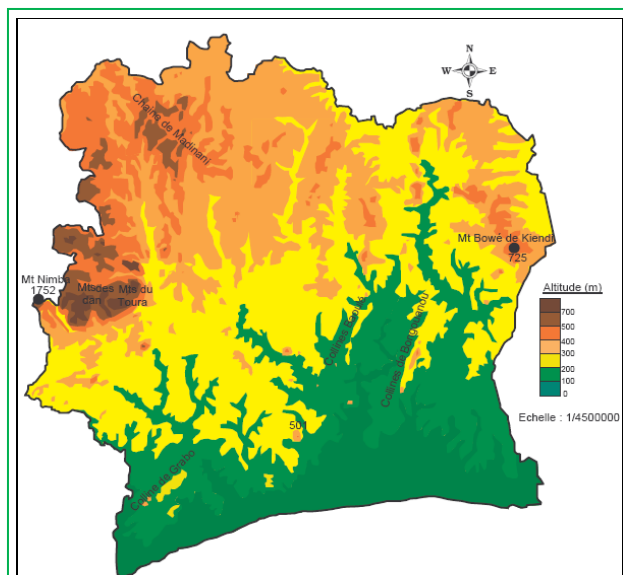


Figure 3: Carte du relief de la Côte d'Ivoire

tropical sec, est soumis à un régime à une seule saison des pluies avec une pluviométrie moyenne de 900 mm. L'Ouest montagneux se caractérise par une saison humide de 9 mois avec des précipitations comprises entre 1 600 mm (à Man) et 2 300 mm (à Danané).

Le contact de ces deux masses d'air forme le Front Intertropical (FIT) qui provoque des précipitations de type mousson. Les pluviométries annuelles moyennes de ces différentes zones climatiques varient de 900 mm (au Nord) à 2 500 mm (au Sud) et les températures oscillent autour de 30 °C en moyenne (*PNDS 2016-2020*).

Les changements climatiques qui affectent le monde entier n'ont pas épargné la Côte d'Ivoire. Il en résulte une perturbation dans l'alternance des saisons. Ainsi, on peut retrouver souvent de fortes pluies en décembre et l'harmattan ne dure plus que quelques semaines.

1.1.5 Situation socio-économique

La Côte d'Ivoire a enregistré un léger recul de la pauvreté. En effet, estimée à 48,9% en 2008, elle a chuté à 46,3% en 2015 mais plus accentuée en milieu rural (57%) qu'en milieu urbain (36%).

Recettes publiques

La Côte d'Ivoire a atteint en 2010 le point d'achèvement de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) bénéficiant d'un allègement de 2 500 milliards de FCFA. Ces ressources ont permis au gouvernement ivoirien de financer l'exécution de budgets-programmes des secteurs ciblés pour la lutte contre la pauvreté, à savoir l'éducation, la santé, l'assainissement et l'eau, les infrastructures, l'agriculture, etc.

Le PND constitue désormais le nouveau cadre de référence des interventions publiques et de dialogue politique. Il vise à remplir les conditions minimum de l'émergence à savoir : (i)- réaliser une croissance forte et soutenue sur une longue période, (ii)- constituer une classe moyenne significative qui a accès aux biens de consommation durable et (iii)- participer au système de production mondial. Ce plan propose une stratégie pour une croissance vigoureuse, soutenue, inclusive et solidaire entre 2012 et 2015 : « le triomphe de l'éléphant ».

Le rapport PNUD sur le développement humain en 2016 classe la Côte d'Ivoire au rang de 174^{ème} sur 188 pays ayant un IDH ou Indice de Développement Humain de 0,474. Selon le rapport 2016 du Fond Monétaire International (FMI), la dette extérieure publique est de 26,1 Milliards de dollars, la dette publique brute de 45,9 Milliards de dollars et la dette intérieure de 149,5 Milliards de FCFA.

La Couverture Maladie Universelle est opérationnelle depuis le 30 décembre 2014 avec 725 603 personnes enrôlées au 10 Avril 2017. La couverture sociale est assurée à 5% des populations en Côte d'Ivoire. Environ 92% des emplois en Côte d'Ivoire sont pourvus par le secteur informel et 8% seulement dans le secteur formel. Le chômage est essentiellement un phénomène urbain : le taux de chômage global se situe actuellement à 7% dont 3% dans les zones rurales. Les jeunes constituent une grande partie des chômeurs, avec un taux de chômage de 10% dans la tranche d'âge de 14 à 35 ans (contre 3,2% pour les personnes âgées d'au moins 36 ans) (*Rapport FMI 2016*).

Rôle des associations dans l'économie

Plusieurs mesures prises pour renforcer la bonne gouvernance ont permis au pays de mettre en place un cadre macroéconomique sain, solide et de renouer avec la croissance. Le pays se trouve depuis 2012 parmi les 10 premiers pays ayant le plus fort taux de

croissance au monde. En effet, le taux de croissance du PIB qui était négatif en 2011 (-4%) a une moyenne estimée à 9,4% sur la période 2012-2015. Le taux d'investissement global est passé de 9% du PIB en 2011 à 16,1% en 2014 (soit un accroissement de plus de 7 points de pourcentage du PIB). L'investissement public est passé de 5,4% en 2011 à 6,2% du PIB en 2014 pendant que l'investissement privé augmentait de 6,3% du PIB à 9,9% au cours de la même période. Les investissements publics ont représenté en moyenne 40% du total des investissements contre 60% pour les investissements privés, durant cette période.

Malgré cette croissance économique, la proportion de la population générale vivant en dessous du seuil de pauvreté reste élevée, passant de 32,3% en 1993 à 48,9% en 2008 (*ENV 2008*) puis à 46,3% en 2015 (*ENV 2015*). En 2015, la pauvreté était plus accentuée en milieu rural (56,8 %) qu'en milieu urbain (35,9 %). Elle touche aussi bien les femmes (47,4% d'entre elles) que les hommes (45,5%). A Abidjan, environ 51,3% des pauvres sont des hommes (*PNDS 2016 - 2020*).

Tableau I: Principaux indices de développement

ITEMS	INDICE	Année	INDICE	Année
Rang du pays en fonction de l'indice de développement humain (IDH)	168ième /186	2012	174/186	2016
PIB par tête d'habitant (en USD)	1 243,9 USD	2012	1399 USD	2015
Indice du développement humain	0,4321	2012	0,474.	2016
Indice d'Inégalité de Genre	0.671	2012	0,679	2015
Index de développement de la Banque Mondiale	0,246			
Taux de croissance annuelle PIB	9,8%	2012	8,6	2016
Taux moyen de croissance annuelle PIB (10 ans)	1,57%	(2002-2012)		
Ratio de la population pauvre en fonction du seuil de pauvreté national (% de la population)	42,7%	2008	46,3%	2015
Dette totale (en % PIB)	47,8%	2012	45,9 Milliards de dollars	2016
Dette intérieure			149,5 Milliards de FCFA	2016
Dette extérieure			26,1 Milliards de dollars	2016
Taux d'alphabétisation	50,9%	2012	45 %	2015
Taux de scolarisation primaire garçon (%)	76%	2012	80,6 %	2015
Niveau de scolarisation primaire Fille (%)	65,2%	2012	77,1 %	2015
Espérance de vie	50 ans	2012	54,3	2015
Taux de mortalité maternelle	400 pour 100 000	2010	614 pour 100 000	2012
Taux de mortalité infantile	108 pour 1000	2012	96 pour 1000	2016

Sources BM, BCEAO

1 PNUD, 2012, Rapport sur le Développement en Afrique 2012 : vers une sécurité alimentaire durable, PNUD, New York

1.1.6 Analyse du système de santé

Politique et stratégies nationales de santé

La vision du département de la santé inscrite dans le PNDS 2016-2020 est de disposer un système de santé performant, intégré, responsable et efficient, garantissant à toutes les populations vivant en Côte d'Ivoire en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimale pour soutenir la croissance et le développement durable du pays vers l'atteinte de l'émergence en 2020

La politique sanitaire de la Côte d'Ivoire est basée sur l'approche des Soins de Santé Primaires et s'articule autour des orientations stratégiques suivantes:

- Amélioration de la couverture et de la qualité des services de santé de base ;
- Amélioration de l'accessibilité financière et l'utilisation des services de santé ;
- Renforcement de la gouvernance et du leadership au niveau du secteur santé ;
- Amélioration de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments et des vaccins ;
- Amélioration du niveau et de l'efficacité du financement de la santé ;
- Accroissement et motivation des ressources humaines en santé ;
- Amélioration de la disponibilité de l'information sanitaire.

Cette politique de santé a pour objectif général d'améliorer l'état de santé de la population à travers une offre de services de santé de qualité dans toutes les régions pour une prise en charge adéquate et optimale des populations.

Pour atteindre cet objectif, le Ministère de la santé a défini les 6 grands axes prioritaires d'intervention sur la période 2016-2020 conformément aux 6 piliers du renforcement du système de santé.

La lutte contre le paludisme est le 1^{er} domaine prioritaire du 4^{ème} axe d'intervention dont le résultat attendu est de réduire de 50% la mortalité liée au paludisme d'ici 2020. Pour y parvenir, le PNDS a prévu les actions visant à : (i)- réduire l'incidence du paludisme, (ii)- renforcer l'assainissement et l'hygiène de l'environnement, (iii)- intensifier l'utilisation des MILDA par les populations, (iv)- renforcer le traitement de tous les cas de paludisme suivant les directives nationales, (v)- renforcer la gestion des médicaments et intrants dans tous les établissements sanitaires.

Financement de la santé

Pour le financement du PNDS 2016-2020, la principale source est le budget de l'Etat. Durant cette période de mise en œuvre du PNDS, l'Etat devra accroître son financement pour tendre vers les 15% de la part de son budget d'ici à 2020.

En vue d'optimiser le financement du secteur santé, le MSHP a adopté des stratégies novatrices sur le financement de la santé notamment: (i) - la stratégie nationale de financement pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle, (ii) - la stratégie nationale de financement basé sur la performance pour améliorer qualitativement et quantitativement l'offre de services et de soins de santé et (iii)- un document d'orientation sur les financements innovants.

Le budget du PNDS pour la période 2016-2020 est de 2 391 678 907 329 FCFA, dont 23% en dépenses d'investissement et 77% en dépenses de fonctionnement. Il est prévu 2,8% de ce budget pour la lutte contre le paludisme de 2016 à 2020.

Tableau 5 : Proportion du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé et du budget alloué à la lutte contre le paludisme (millions de FCFA).

Tableau II : Budget de l'Etat alloué au secteur de la santé et à la lutte contre le paludisme

	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Budget du PND	4 277 199	5 143 531	6 000 279	6 147 220	726 670	30 000 000
Budget alloué au département de la santé	109 809	283 905	303 791	487 154	842 787	1 829 207
Proportion du budget du PND alloué à la santé						6,10
Budget du PNDS	368 781 725 577	497 206 523 560	524 612 296 171	506 188 551 724	494 889 810 297	2 391 678 907 329
Budget prévu pour la lutte contre le paludisme dans le PNDS	8 642 347 586	9 153 155 883	15 120 341 642	15 334 500 993	17 979 703 422	66 230 049 525
Proportion du budget PNDS alloué pour la lutte contre le paludisme	2,34%	1,84%	2,88%	3%	3,63%	2,77%

1.2 Organisation du système de santé

Le système de santé ivoirien à l'instar des systèmes de santé des autres pays africains est de type pyramidal avec un versant administratif et un versant offre de soins.

1.2.1 Organisation administrative du système

Le système national de santé comprend trois niveaux dans sa structuration administrative :

- le niveau central avec le Cabinet du Ministre, les Directions et Services centraux, les Programmes de santé, chargés de la définition de la Politique, de l'appui et de la coordination globale de la santé ;
- le niveau intermédiaire composé de 20 Directions Régionales de la Santé qui ont la mission d'appui aux districts sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire ;
- le niveau périphérique composé de 83 Directions Départementales de la Santé ou Districts Sanitaires qui sont chargés de coordonner l'action sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Le district sanitaire, unité opérationnelle du système de santé est subdivisé en aires sanitaires.

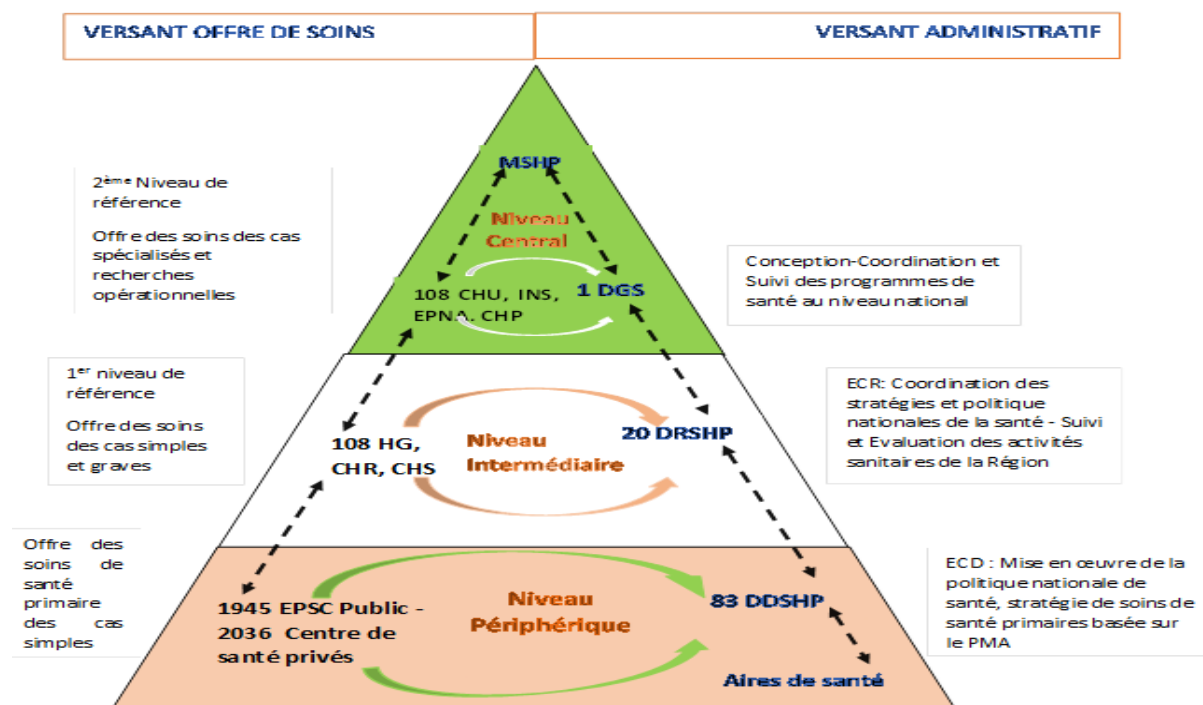


Figure 4: Représentation schématique de la pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire

1.2.2 Organisation de l'offre de soins en Côte d'Ivoire

L'offre de soins est composée du secteur public prépondérant, du secteur privé en plein essor et de la médecine traditionnelle qui est entrain de s'organiser.

- Le secteur public

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux :

- le niveau primaire ou périphérique représenté par 1 967 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC), dont 1 237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains dont 25 centres à base communautaires, 127 centres de santé urbains spécialisés, 32 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire.
- le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence, composé de 84 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 2 Centres Hospitaliers Spécialisés (Hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké) ;
- le niveau tertiaire comprend les établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence, est essentiellement composé d'établissements Publics Nationaux (EPN) avec 4 Centres Hospitaliers Universitaires, 5 Instituts Nationaux Spécialisés (Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA). On note en outre 4 autres Etablissements Publics Nationaux d'appui (Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (N-PSP), Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

Par ailleurs, d'autres ministères tels que le Ministère de la Défense, le Ministère de l'Économie et des Finances, le Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative, le Ministère de la solidarité, famille, femme et enfant, le Ministère de l'Éducation Nationale, le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires.

Malgré cet important dispositif de soins, il persiste des zones de silence sanitaire. Selon le RASS 2015, plus de 29% de la population vivait à plus de 5 km d'un établissement de santé.

- Secteur privé

Il existe le secteur privé lucratif et le secteur privé non lucratif constitué des structures de santé des entreprises et des sociétés.

Le secteur sanitaire privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacie, infirmeries privées) s'insérant parfaitement dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Ces établissements privés sont essentiellement présents dans les grandes agglomérations où les activités économiques sont plus développées. En 2011, le pays comptait pour ce secteur, 2 036 établissements privés. Parmi ces structures, il existe 13 Polycliniques, 136 Cliniques, 964 Infirmeries privées, 114 Cabinets de médecine et de Gynéco-Obstétrique, 463 Centres de santé des entreprises. Ces différents établissements offrent un paquet d'activités y compris la prise en charge du paludisme (*DIPE, 2011 : Répertoire des structures sanitaires publiques et privées*).

En 2007, les effectifs en ressources humaines dans le secteur privé étaient de 790 médecins, 1 173 infirmiers et 184 sages-femmes. Ce personnel manque dans la plupart des cas de formation continue sur les directives nationales de la prise en charge du paludisme.

L'existence d'organisations socioprofessionnelles de régulation du secteur sanitaire privé (Association des cliniques privées de Côte d'Ivoire, Syndicat National des Médecins Privés de Côte d'Ivoire, Syndicat des infirmeries privées) a constitué une opportunité pour le PNLP de mettre en place un cadre formel fonctionnel de collaboration pour promouvoir les interventions de lutte contre le paludisme dans le secteur privé lucratif.

En 2014 le secteur pharmaceutique privé occupait une place prépondérante dans le système de santé et couvrait entre 80 et 90% de l'offre en médicaments. Ce secteur pharmaceutique privé comprend essentiellement :

- 4 grossistes-répartiteurs (UBIPHARM, COPHARMED, DPCI et TEDIS PHARMA CI) qui importent plus de 90 % de leurs produits ;
- 1 100 officines privées de pharmacie ;
- 8 unités de production de médicaments, dont 4 sont en activité, produisant 6% du marché pharmaceutique national.

- Secteur confessionnel

Les associations et les organisations à base communautaire (ABC, OBC) participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire, avec 49 établissements sanitaires.

- Niveau communautaire

Au niveau communautaire, l'offre de soins est assurée par les Agents de Santé Communautaires (ASC) dont l'activité est consacrée notamment à la prise en charge à domicile des enfants de moins de 5 ans. Les ONG et la société civile interviennent plus spécifiquement dans le domaine de la prévention et la communication de masse et de proximité.

- Médecine traditionnelle

L'exercice et l'organisation de la médecine et la pharmacopée traditionnelles sont réglementés par la Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant Code d'Ethique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles.

Ce secteur compte plus de 8 500 Praticiens de Médecine Traditionnelle (PMT) et 45 centres de soins recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT), organisés en associations nationales, fédérations et dont les capacités ont été renforcées en anatomie, hygiène conventionnelle, techniques de collecte et de conservation durable des plantes médicinales, maladies et programmes, etc.

Plusieurs activités de recherche et développement ont été réalisées et ont abouti à titre d'exemple à l'obtention d'autorisations de commercialisation délivrées pour les Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) (Dartran®, Dimitana® et Baume ALAFIA®). En outre, l'on a noté l'ouverture en septembre 2014 d'une Unité de Médecine Traditionnelle au CHU de Treichville dans le cadre d'un projet pilote.

L'une des priorités est l'implication des praticiens de la médecine traditionnelle dans les activités promotionnelles et préventives des maladies (promotion de l'utilisation des MILDA, gestion du cadre de vie, référence des cas graves au centre de santé le plus proche). Les recherches actuelles se concentrent sur les médicaments traditionnels antipaludiques utilisés par les praticiens en médecine traditionnelle.

1.2.3 Organisation du MSHP

Suivant le décret N° 2016-598 du 03 août 2016, le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique dispose, outre le Cabinet, de Directions et de Services rattachés au Cabinet, d'une Direction Générale, de Directions Centrales ainsi que de Services Extérieurs.

Article 2 : Le Cabinet comprend:

- un Directeur de Cabinet;
- un Directeur de Cabinet Adjoint;
- un Chef de Cabinet;
- sept Conseillers Techniques;
- sept Chargés d'Etudes;
- un Chargé de Missions;
- un Chef du Secrétariat Particulier

Article 3 : Les Directions et Services rattachés au Cabinet sont :

- l'Inspection Générale de la Santé;
- la Direction des Affaires Financières;
- la Direction des Ressources Humaines;
- la Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance;
- la Direction de la Prospective de la Planification et des Stratégies ;
- la Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire ;
- la Direction de la Communication et des Relations Publiques ;
- la Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé-Environnement ;
- le Service Juridique ;
- le Service de la Coopération Internationale ;
- le Service des ONG Nationales et Internationales de Santé;
- le Service de la Police Sanitaire ;
- la Cellule de Passation des Marchés.

Article 18 : La Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique comprend six Directions Centrales :

- la Direction de la Formation et de la Recherche en Santé ;
- la Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité ;
- la Direction de la Santé Communautaire ;
- la Direction des Établissements et des Professions Sanitaires ;
- la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires ;
- la Direction des Soins Infirmiers et Maternels.

Les Directions sont dirigées par des Directeurs nommés par décret pris en Conseil des Ministres. Ils ont rang de Directeur d'Administration Centrale.

Article 25 : Les Services Extérieurs sont :

- les Directions Régionales de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
- les Directions Départementales de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
- les Secteurs Sanitaires.

Les Directions Régionales et Départementales sont dirigées par des Directeurs Régionaux et Départementaux nommés par arrêté.

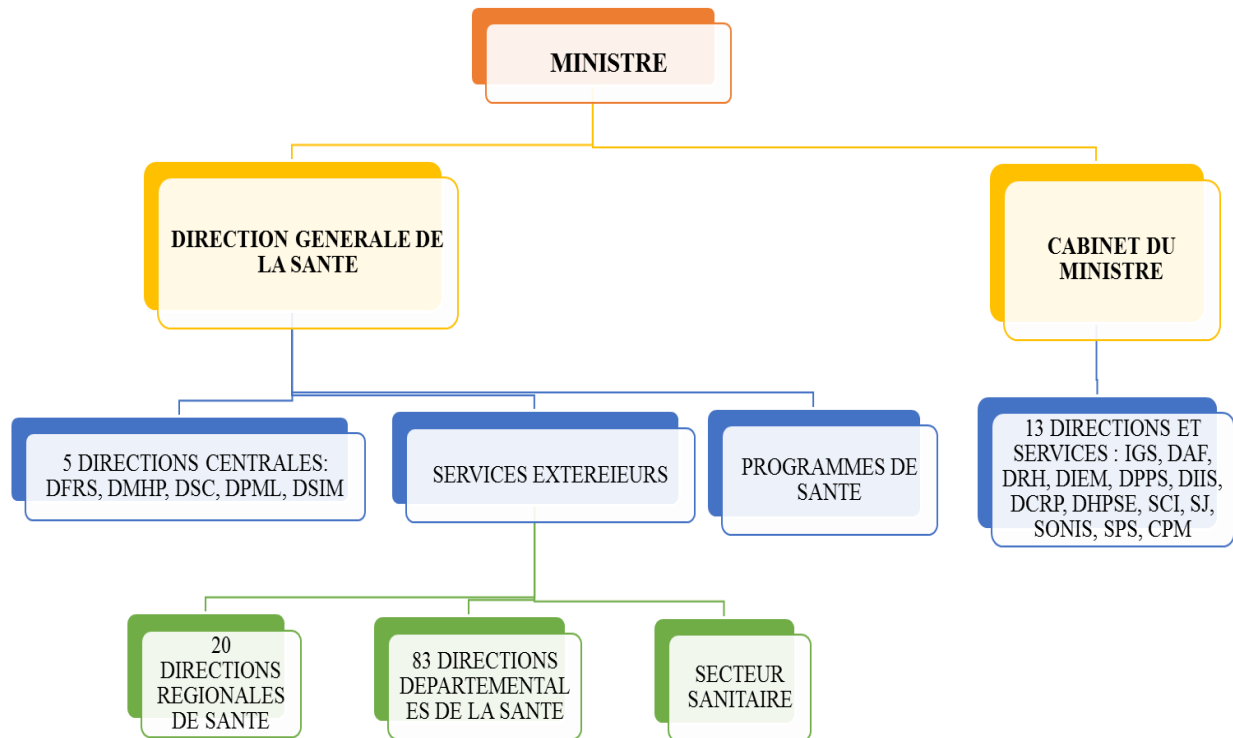


Figure 5: Organigramme du ministère de la santé et de l'Hygiène Publique

1.2.4 Situation actuelle du système de santé

Les résultats issus de la Revue du PNDS 2012-2015 ont montré, sur la base de l'analyse des 6 principaux piliers, en Côte d'Ivoire. Ces piliers sont : (i)- la gouvernance et le leadership, (ii)- le financement du secteur de santé, (iii)- les ressources humaines, (iv)- les infrastructures, les équipements, les médicaments, les vaccins et autres intrants stratégiques, (v)- le système d'information sanitaire, (vi)- les prestations des services de santé.

- **Gouvernance et leadership**

Des efforts importants de gouvernance ont été entrepris. Cependant des faiblesses persistent notamment :

Au niveau décentralisé il s'agit de :

- l'insuffisance d'implication des responsables des ESPC dans l'élaboration et la gestion du budget alloué à leurs structures,
- l'insuffisance de coordination entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire,
- l'utilisation irrationnelle des ressources et une insuffisance de mécanismes de redevabilité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Au niveau déconcentré il s'agit de :

- l'insuffisance de la fonctionnalité des organes de gestion des établissements sanitaires, des ECD et des ERS,
- l'insuffisance de coordination et de collaboration des acteurs et des interventions de santé,
- l'insuffisance de leadership au niveau des structures déconcentrées et l'inadéquation de certaines interventions des collectivités avec les priorités de santé.

En matière de gouvernance et de leadership au niveau du secteur de la santé, la mise en œuvre effective du projet Leadership, Management et Gouvernance (LMG) dans 8 Directions Régionales depuis 2016 montre des résultats encourageants en matière de gouvernance et lance la nécessité de l'extension du projet aux autres régions de santé en vue d'améliorer la fonctionnalité et l'efficacité du système de santé.

- **Financement du secteur de la santé**

L'allocation budgétaire destinée aux structures du niveau périphérique pour la mise en œuvre des soins de santé primaires a connu une augmentation progressive passant de 10,758 milliards FCFA en 2012 à 11 228 milliards FCFA en 2013 pour atteindre 12 498 milliards en 2014 soit un taux d'accroissement de 16.2 % entre 2012 à 2014.

La mesure gouvernementale de gratuité ciblée des soins mise en place par arrêté N°0047/MSLS/MEF/CAB du 21 mars 2012 en vue de soulager les populations vulnérables connaît encore des difficultés d'application liées au retard de remboursement des redevances non perçues. Le fonctionnement optimal des structures sanitaires déconcentrées se trouve entravé par des difficultés de financement telles que l'insuffisance du budget alloué aux activités mise en œuvre au niveau des départements et régions sanitaires (supervisions, regroupements, réunions et déplacements hors des aires sanitaires des DR et DD), l'absence d'un système informatisé de suivi du recouvrement des coûts des actes de santé et l'absence de traçabilité de l'état d'exécution des interventions de certains bailleurs.

- **Ressources humaines**

Malgré l'amélioration de la disponibilité en ressources humaines en 2015, à savoir 1 médecin pour 7 235 habitants, 1 infirmier pour 2 910 habitants et 1 Sage-femme pour 1 990 femmes en âge de procréer, des disparités persistent notamment au niveau du ratio médecin/population dans les régions sanitaires de Bounkani-Gontougo, de Cavally-Guemon, de Gbéké, de Gboklé-Nawa-San Pédro, du Haut Sassandra, du Lôh-Djiboua, du Worodougou-Béré, du Poro-Tchologo-Bagoué et de la Marahoué. Ces régions comptent 1 médecin pour plus de 15 000 habitants. Le District Autonome d'Abidjan et la zone Sud-Est regroupent 40% des médecins du secteur public (*RASS, 2015*).

- **Système national d'information sanitaire (SNIS)**

Le Ministère en charge de la santé a renforcé son Système National d'Information Sanitaire (SNIS) par l'adoption d'outils actualisés de gestion des données tel que le logiciel DHIS2. Ce logiciel a été déployé dans les 20 régions sanitaires du pays.

Toutefois, le SNIS connaît des difficultés en l'occurrence (i)- la non intégration des données sanitaires des CHU, des centres de santé des garnison et hôpitaux militaires, des structures sanitaires privées et des ASC, (ii)- l'absence d'harmonisation des outils et indicateurs pour les activités communautaires, (iii)- l'insuffisance de gestionnaire de données sanitaires dans les établissements de santé, (iv)- la rupture fréquente des outils de gestion de l'information sanitaire, (v)- l'absence d'un cadre formel de retro-information du niveau central vers le niveau déconcentré, (vi)- l'absence d'analyse des données en temps réel pour la prise des décisions.

- **Infrastructures, Equipements, Médicaments, Vaccins et autres intrants**

En matière d'infrastructures et d'équipements, des efforts de réhabilitation, de construction de nouveaux établissements et d'équipement des structures d'offre de soins ont permis ces dernières années d'accroître l'accessibilité et la qualité des services de soins. Cependant de nombreux centres de santé, Directions Départementales et Régionales de la Santé sont dépourvus de plateaux techniques adéquats et de conditions appropriées de travail.

Avec l'amélioration du taux d'accessibilité géographique, la proportion de la population vivant à moins de 5 km du centre de santé le plus proche est passée de 44% en 2012 à 67% en 2015 avec de faibles taux pour les régions du Gboklè-Nawa-San Pedro (35%), du Kabadougou-Bafing-Folon (42%), du Haut Sassandra (50%) et du Worodougou-Béré (51%).

En matière de Médicaments, vaccins et autres intrants stratégiques, la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML) est l'Autorité Nationale de Régulation du Médicament (ANRM). Tout produit médical importé en Côte d'Ivoire doit avoir reçu au préalable une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) délivrée par la DPML.

Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) assure le contrôle qualité des médicaments et intrants à trois niveaux : avant l'enregistrement, avant la distribution et au cours de l'utilisation. Il est appuyé dans certains cas par des laboratoires de référence internationale.

D'importantes réformes engagées ces dernières années ont permis à la PSP d'adopter un nouveau statut d'Association Sans But Lucratif (ASBL). Ainsi, par le décret N° 2013-792 du 20 novembre 2013, la PSP est devenu «Nouvelle PSP-CI » qui assure désormais l'approvisionnement en intrants et médicaments au niveau national. Ces mêmes réformes ont permis aussi à la Nouvelle PSP de renforcer sa capacité de stockage et d'améliorer la disponibilité des produits de santé au niveau central. Toutefois au niveau périphérique, la disponibilité des intrants et médicaments rencontrent de nombreuses difficultés.

Au niveau national, le système de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé est confronté à de nombreuses difficultés, notamment, (i)- le faible taux de satisfaction des commandes, (ii)- le non-respect des délais de livraison des commandes, (iii)- l'insuffisance dans la gestion des produits de santé, (iii)- la faible disponibilité des données logistiques de qualité, (iv)- les ruptures intempestives des outils de collecte de gestion des intrants, (v)- l'insuffisance d'espace de stockage et de moyens logistique pour la distribution des produits de santé au niveau périphérique, (vi)- la quasi inexistance de moyens de pour assurer le transport des intrants des districts vers les centres de santé ; (vii) problèmes de gouvernance dans les services de dispensation des intrants.

Le système national de gestion, d'approvisionnement et de distribution en produits de santé reste confronté à plusieurs obstacles : (i)- l'inexistence d'un cadre législatif et réglementaire de lutte contre le trafic illicite et la contrefaçon des produits de santé, (ii)- l'insuffisance de contrôles qualités des médicaments homologués et commercialisés en Côte d'Ivoire, (iii)- l'insuffisance de notification des événements indésirables, (iv)- la persistance de gap en matière de couverture des besoins nationaux en produits sanguins.

- **Prestations des services de santé**

La fréquentation et l'utilisation des services de santé ont connu une nette augmentation entre 2013 et 2015. Le taux de fréquentation est passé de 31,3% en 2013 à 48% en 2015 et le taux d'utilisation des services de santé est passé de 18% en 2013 à 43% en 2015 (*RASS 2015*).

L'instauration de la gratuité des soins pour les couches de la population les plus vulnérables a facilité les augmentations enregistrées pour ces deux taux. Cependant des difficultés impactent la qualité des prestations de service : (i)- la faible disponibilité des protocoles et directives de prise en charge des pathologies dans les structures de santé (59% au poste de consultation), (ii)- le non-respect des directives et normes en matière de prestation et de qualité des services, (iii)- l'insuffisance de fonctionnalité du système de référence et de contre-référence, (iv)- des comportements répréhensibles de certains personnels de santé, (v)- la prolifération de structures sanitaires privées non agréées.

En ce qui concerne la participation communautaire, le plan stratégique national de la santé communautaire 2016-2020 et les documents de motivation et de statut des ASC ont été élaborés. La plupart des COGES ne sont pas fonctionnels dans les structures sanitaires publiques.

- **Recherche en Système de Santé**

La Côte d'Ivoire dispose de plusieurs instituts de recherche dont Parmi ceux-ci on peut citer : l'Institut National de Santé Publique (INSP), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI), l'Institut Pierre Richet de Bouaké (IPR), le Projet de Recherches Cliniques sur la Trypanosomiase de Daloa (PRCT), le Centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire de Bouaké (CEMV),

l'Institut Raoul Follereau d'Adzopé (IRF), l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le CRESARCI, le Projet Retro-CI, le Centre Suisse de Recherche Scientifique (CSRS), le Centre de Diagnostic et de Recherche sur le Sida (CeDReS), certaines unités de formation et de recherche telles que l'UFR-SPB, l'UFR-SM, l'UFR-Biosciences et l'UFR sociologie sont également des pôles de recherche en santé.

En matière de recherche médicale, de nombreux résultats ont permis de développer des stratégies idoines pour la lutte contre la trypanosomiase, l'onchocercose, la tuberculose, la lèpre, le paludisme et le sida. Quant à la recherche pharmaceutique, elle, est orientée essentiellement vers la mise au point de formules médicamenteuses actives. Cependant, très peu de recherche est réalisée au niveau des districts et des programmes prioritaires de santé.

1.2.5 Contribution du PNLP au renforcement du système de santé

Entre 2010 et 2015, le PNLP a contribué au renforcement du système de santé à travers le renforcement de capacités des prestataires et l'équipement en matériel technique et matériel roulants des structures. **Ainsi :**

- 258 formateurs de districts/ régions ont vu leur compétence renforcée à la PEC par 30 formateurs du niveau central t à la prévention ;
- 4668 prestataires de soins (Médecins, Infirmiers Sage femmes) des secteurs publics ont été formé sur la prévention et prise en charge des cas de paludisme ;
- 132 biologistes des structures publiques ont été formés sur le diagnostic parasitologique du paludisme ;
- 70 médecins de 31 structures privées lucratives ont été formé ;
- 21 gestionnaires de données des structures privées ont été formé ;
- 404 pharmaciens des officines privées sont formés sur les directives de prévention et de prise en charge du paludisme ;
- 87 points focaux et 420 pairs éducateurs dans 100 entreprises privées ont été formé pour assurer les activités de sensibilisation des pairs ;
- 3612 ASC ont été formé sur l'iCCM et aux pratiques familiales essentielles puis dotés en kit (chasuble, sac, vélo, thermomètre, compteur de fréquence respiratoire) ;
- 5 128 agents communautaires et 51 groupements féminins ont été formé pour mener les activités de causerie de groupe, de visite à domicile, d'entretien individuel et la recherche active des femmes enceintes perdues de vues dans 71 districts Madame la Ministre ;
- 56 districts sanitaires ont bénéficié d'un déploiement de l'application e-SIGL pour le suivi de l'utilisation des antipaludiques et intrants ;
- 2 Conseillers techniques du projet LMG basé au PNLP apportent un appui quotidien à la gestion du programme et à la chaîne d'approvisionnement ;
- 6 séances de validation trimestrielle des données de consommation ont été réalisées ;
- Le parc automobile et les équipements informatiques du PNLP ont été renforcé ;
- Les structures faitières CECI et ACPCI ont été doté en matériel informatique pour la gestion des données ;
- 70 hôpitaux ont été dotés en microscopes binoculaires
- 1300 ESPC ont été doté en hémoglobinomètre pour la prise en charge des cas d'anémie chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans
- 20 régions et 83 districts ont bénéficié du redéploiement du DHIS2 en vue de l'amélioration de la qualité des données
- 12 sites sentinelles sont dotés en matériel informatique
- 102 gestionnaires des districts et régions formés sur les procédures de justification des dépenses
- 3 districts sanitaires bénéficient d'un financement pour le renforcement des capacités en leadership, management et gouvernance ;
- 2 régions sanitaires additionnelles bénéficient d'un financement pour la mise en œuvre de l'approche Performance Basée sur la Performance (PBF) ;
- 1000 professionnels de santé ont été coaché sur la notification des Evénement indésirables (EI) dans 38 districts sanitaires ;

- 2 pharmaciens de la DPML sont formés au 8ème CFPV à Rabat en juin 2014 ;
- 68 conteneurs ont été réhabilités pour renforcer les capacités de stockage des MILDA dans 68 districts sanitaires ;
- Acquisition et réhabilitation d'un magasin à la NPSP pour le stockage des MILDA au niveau central ;
- Réhabilitation du magasin O pour le stockage des médicaments et intrants de santé ;
- Dotation de la NPSP de 2 camions de 15 tonnes de livraison des produits de santé dans les districts.

1.2.6 Forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) du système de santé

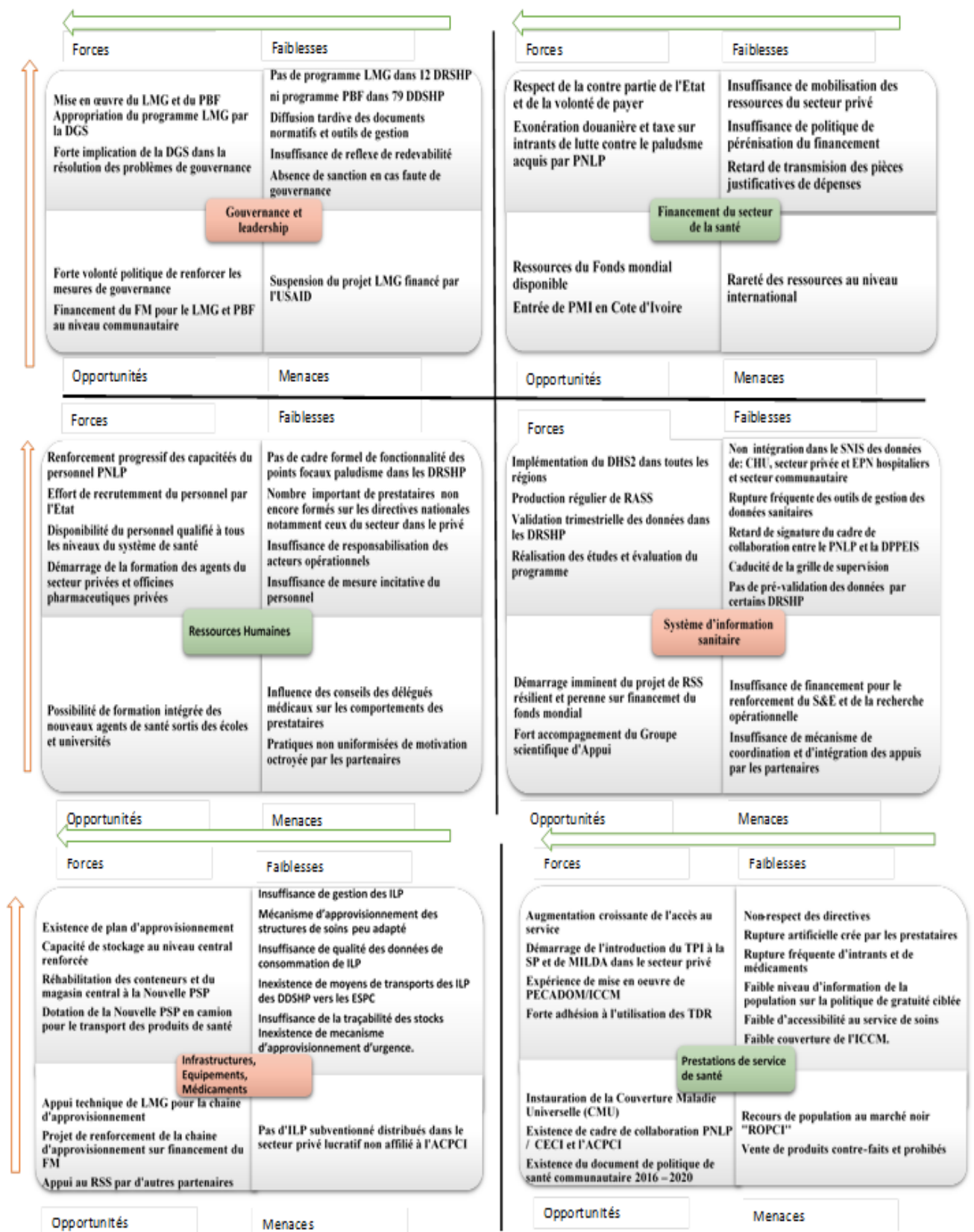


Figure 6: Représentation schématique des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces

2 ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

2.1 Structure organisationnelle de la lutte contre le paludisme

L'arrêté 371/MSHP/CAB du 4 octobre 2007 fixe l'organisation et le fonctionnement du PNLP. La Direction Générale de la Santé (DGS) assure la coordination des activités des programmes dont le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

Selon l'arrêté n° 311 MSHP/CAB du 04 octobre 2007 modifiant l'arrêté n° 170 MSHP/CAB du 21 juin 2007 portant organisation et fonctionnement du Programme National de Lutte contre le Paludisme celui est dirigé par un Directeur Coordonnateur secondé par un Directeur Coordonnateur Adjoint. Ceux-ci sont aidés par six (6) Chargés d'Etudes qui ont la charge des services suivants :

- Service de la Prise en Charge ;
- Service de la Communication et du Partenariat ;
- Service de la Prévention ;
- Service de l'Epidémiologie, du Suivi, de l'Evaluation ;
- Service de la Recherche ;
- Service Administratif et Financier.

Dans la conduite des activités, le PNLP est assisté aussi par un groupe d'experts constitué en Groupe Scientifique d'Appui (GSA) et un comité de pilotage dont la mission est d'appuyer la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme.

La direction de coordination du PNLP collabore étroitement avec les régions et les districts sanitaires pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme au niveau opérationnel.

Dans sa mission, la direction de coordination du PNLP est chargée de proposer et faire adopter les documents de politiques et directives, assurer le suivi de la mise en œuvre de ces directives, planifier et suivre l'exécution des plans d'actions annuels, puis mobiliser les ressources, animer le cadre de coordination des interventions et rendre compte de façon périodique de l'état d'avancement de la mise en œuvre du programme à la DGS.

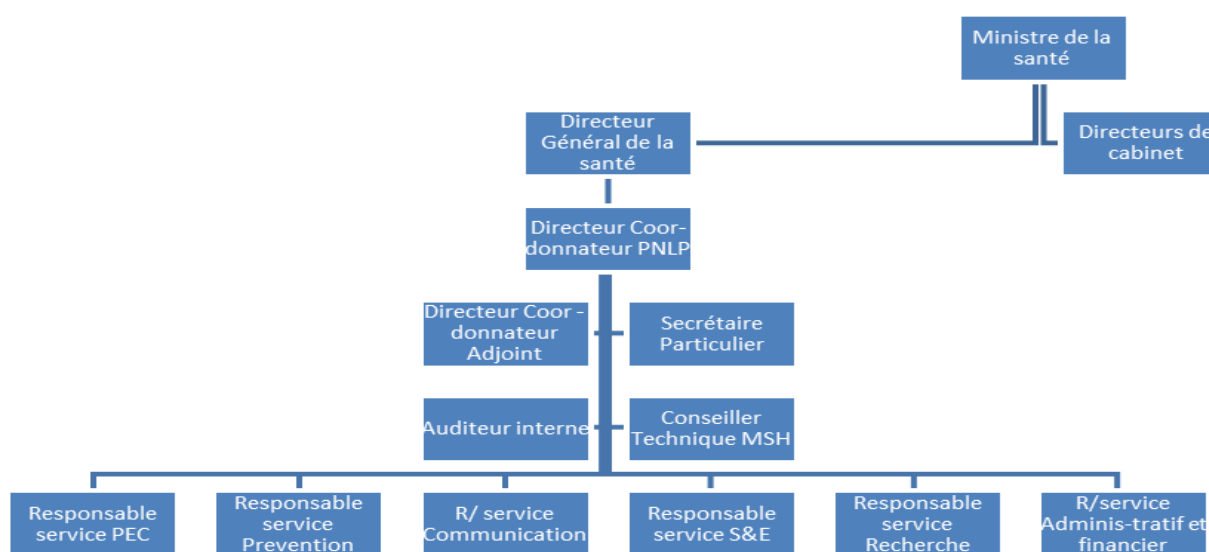


Figure 7: Organigramme fonctionnel du PNLP

2.2 Historique de la lutte contre le paludisme

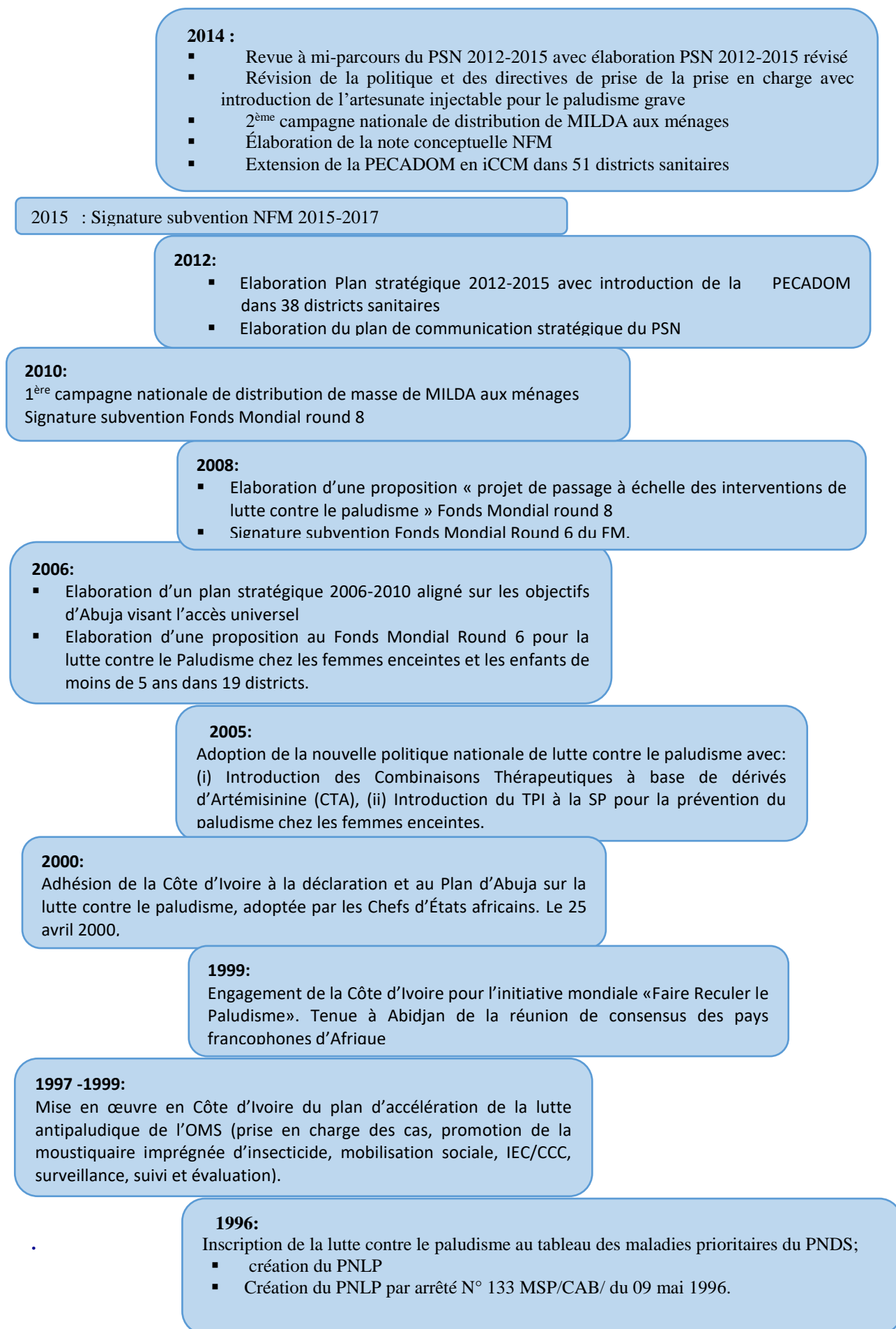


Figure 8: Historique de la lutte contre le paludisme

2.3 Profil épidémiologique

2.3.1 Parasites du paludisme

➤ Distribution des parasites

Les données d'études récentes (enquête MICS 2016, rapports PNLP 2016) ne relèvent pas de variations particulières dans la répartition des espèces plasmodiales rencontrées dans le pays. Le *Plasmodium falciparum* demeure toujours l'espèce prédominante. Il est en cause dans plus de 95% des cas. Toutefois, d'autres espèces sont rencontrées en Côte d'Ivoire dans moins de 5% des cas : il s'agit de *Plasmodium malariae* et *Plasmodium ovale*.

➤ Résistances des parasites

En Côte d'Ivoire, seule la résistance de *Plasmodium falciparum* a été étudiée dans plusieurs études. Après les premières enquêtes qui ont estimée à 65% la Chloroquino-résistance (Pénali et al.2013), et l'adoption des CTA en 2005, la résistance aux deux CTA utilisées quotidiennement dans le pays est périodiquement recherchée au niveau des sites sentinelles depuis 2009. D'après les derniers résultats publiés en 2016 sur ces sites (Rapport PNLP 2016), l'Artésunate-Amodiaquine et l'Artéméther-Luméfantrine gardent toujours un taux d'efficacité thérapeutique de 95% après correction PCR.

➤ Tolérance des CTA

D'après les résultats obtenus en 2016 sur les sites (Rapport PNLP 2016), l'Artésunate-Amodiaquine et l'Artéméther-Luméfantrine présentent une excellente tolérance, estimée à 84% pour ASAQ et à 96% pour AL. Une étude ciblant uniquement l'ASAQ chez 15 000 patients menée à Agboville en 2015, a montré un taux de tolérance de 97%. Seuls 2% des patients ont arrêté le traitement pour syndromes extrapyramidaux.

2.3.2 Vecteurs du paludisme

➤ Répartition spatiale des vecteurs

Le paludisme est transmis par trois complexes d'espèces vectorielles en Côte d'Ivoire : *Anopheles gambiae s.l.*, *Anopheles funestus s.l.* et *Anopheles nili s.l.* *Anopheles gambiae* est le complexe le plus répandu.

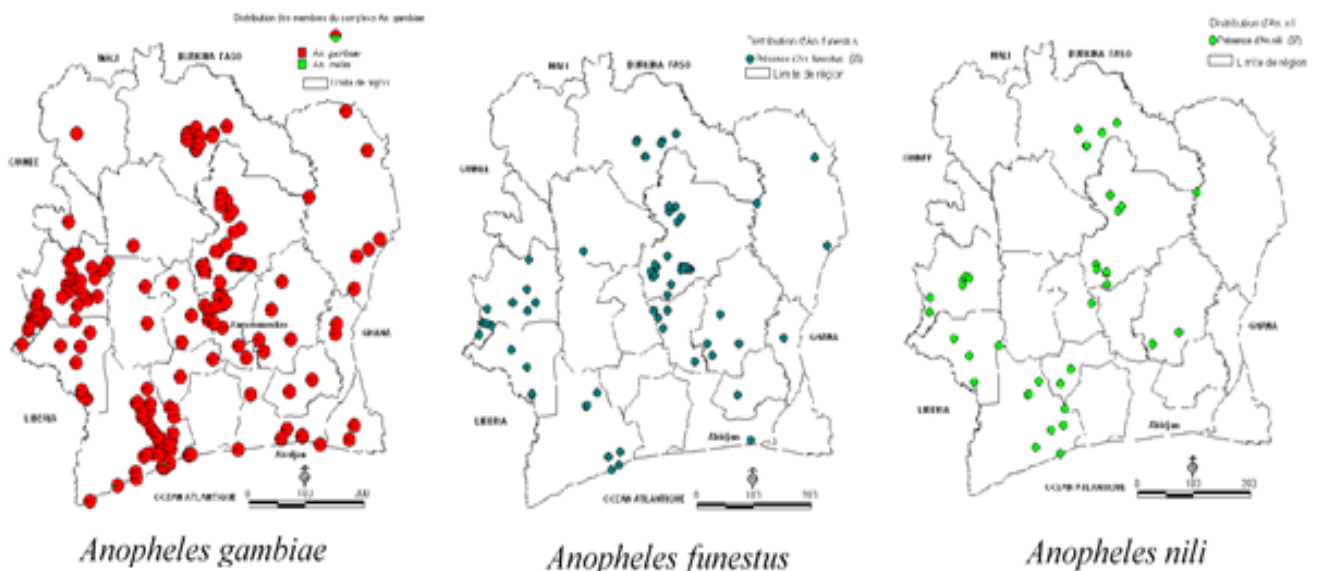


Figure 9 : Distribution géographique des principaux vecteurs du paludisme de 1956 à 2009

➤ Bionomie des vecteurs

Il est observé une forte anthropophilie d'*Anopheles gambiae* (77%) dans les localités où ce paramètre a été étudié : Bouaké, Gansé, Zatta, Tiémélékro, Sassandra, Soubré et Man. Ce taux est de 56% avec *Anopheles funestus*. Le caractère endophage a été retrouvé chez les populations d'*Anopheles gambiae* et *Anopheles funestus* en milieu rural. En milieu urbain, *Anopheles gambiae* pique aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des maisons. Ces deux vecteurs sont largement endophiles mais peuvent devenir exophiles ou s'adapter à l'habitude de couchage des populations (Koffi et al. 2009).

Les enquêtes réalisées en fin 2015 révèlent que le Taux d'Inoculation Entomologique (TIE) pour *Anopheles gambiae* est de :

- 9 pi/h/an en milieu urbain et 215 pi/h/an en milieu rural dans le sud-ouest du pays ;
- 162 pi/h/an en milieu urbain et de 128 pi/h/an en milieu rural au centre du pays ;
- 58 pi/h/an en milieu urbain au sud du pays (Adja et al. 2016).

➤ Résistance des vecteurs

En Côte d'Ivoire, le niveau de résistance du vecteur majeur, *Anopheles gambiae*, aux insecticides utilisés pour l'imprégnation des moustiquaires varie selon les insecticides et les zones d'étude.

Pour la perméthrine, il est de 5 à 60%, la deltaméthrine 3 à 26%, alpha-cyperméthrine de 18 à 50%. On note également une résistance variable aux insecticides utilisés pour la pulvérisation intra domiciliaire : l'Etoufenprox (13 à 82%), le DDT (57 à 93%), la dieldrine (50 à 68%), le pyrimiphos-méthyl (17 à 33%) le fénitrothion (9%), le carbosulfan (75 à 86%) puis le bendiocarbe (52%).

Cette résistance présente des variations selon les faciès épidémiologiques du paludisme pour chacune des 20 régions sanitaires du pays (Koffi et al, 2009).

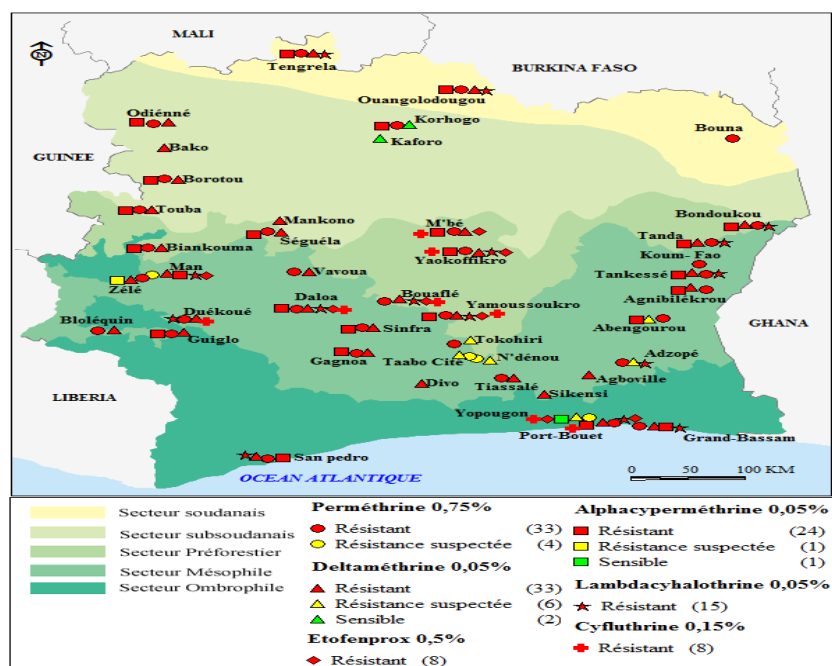


Figure 10: Cartographie de la résistance de *An. gambiae* aux pyréthriinoïdes, Côte d'Ivoire

2.3.3 Dynamique de la transmission du paludisme

La transmission du paludisme demeure stable toute l'année sur toute l'étendue du territoire avec des recrudescences en saison pluvieuse. Toutefois, cette dynamique de la transmission varie suivant les zones géoclimatiques comme suit :

- La zone Sud : région forestière avec une pluviométrie abondante (jusqu'à 1 800 mm), où la transmission du paludisme ne se fait que dans les clairières. Toutefois, avec la déforestation largement avancée, les zones de transmission sont de plus en plus importantes, et elles durent quasiment toute l'année.
- La zone Nord : zone de savanes boisées où la transmission est permanente avec une recrudescence pendant les saisons de pluies qui durent 6 à 8 mois;
- La zone centre de transition, correspondant à la zone pré-forestière. La durée de la transmission est comparable à celle de la zone forestière. On observe également des variations en fonction du faciès écologique rizicole ou non rizicole.

2.3.4 Stratification de la transmission du paludisme

La transmission du paludisme varie suivant les districts et cela en rapport avec les facteurs géo climatiques. Sur la base de l'incidence annuelle de 2015, le tableau ci-dessous présente la répartition de la population à risque de paludisme par strates.

Tableau III : Distribution de la population à risque de paludisme par strate

Strates	Incidence annuelle 2015	Regions/Districts sanitaires	Population par strate en 2015	% population par strate
Endémicité modérée	Moins de 200‰	Adjame Plateau Attecoubé Dabou, Grand Lahou Yopougon Est, Yopougon Ouest-Songon Abidjan II Agnéby-Tiassa Mé, Bélier, Boukani Gontougo, Gboklè- Nawa -San Pedro, Haut Sassandra, Indénié- Djuablin, Loh- Djiboua, Poro Tchologo-Bagoué, Sud Comoé, Worodougou- Béré, Bouaké Nord-Est,	15 768 751	68%
Endémicité élevée	200-399‰	Kabadougou Bafing Folon, Tonkpi, Cavally Guémon, N'zi Ifou-Moronou , Marahoué, Hambol Bouaké Nord-Ouest, Bouaké Sud, Béoumi, Gôh	7 266 100	31%
Endémicité très élevée	400‰ et plus	Jacqueville, Sakassou	215 534	1%
Pays			23 250 385	100%

De façon globale, on distingue 3 niveaux d'endémicité classés en niveau modéré, niveau élevé et niveau très élevé qui couvrent respectivement 68%, 31% et 1% de la population. Par ailleurs, les données de l'enquête de prévalence parasitaire du paludisme et de l'anémie chez les enfants âgés de 6 à 59 mois (EPPA 2016) révèlent une prévalence parasitaire moyenne de 37%.

Ces données bien qu'en légère baisse par rapport à celle de 2013 (42%) confirment la stabilité de la transmission du paludisme en Côte d'Ivoire.

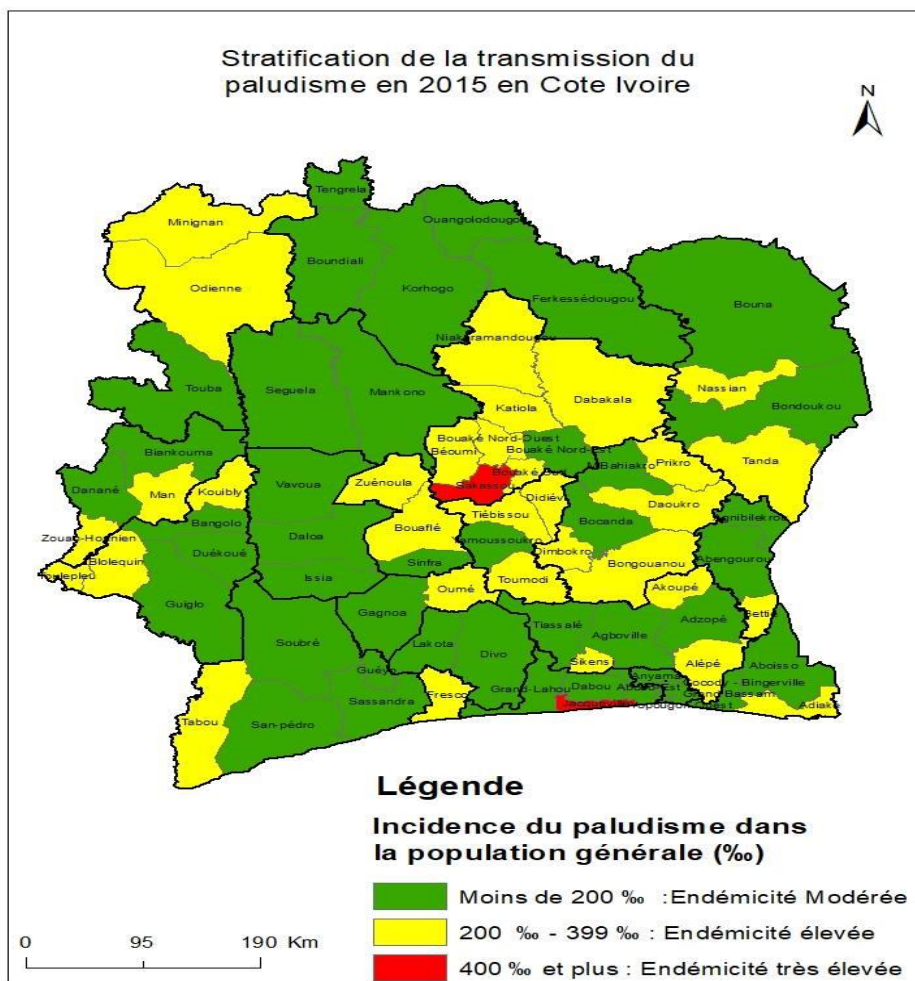


Figure 11: Stratification des districts sanitaires selon le risque palustre en Côte d'Ivoire

Les données de l'incidence du paludisme dans la population générale de 2015 permettent de distinguer trois strates de transmission à l'échelle nationale. La majorité des districts sanitaires (67 sur 83 soit 80,7%) sont situés dans les zones à transmission modérée (incidence < 200 ‰). En revanche, 15 des districts sanitaires (18,1%) sont situés dans les zones à transmission élevée ($200 \leq \text{incidence} < 339$ ‰) dans les parties Ouest, Nord-Ouest, Centre Est et Sud.

Deux districts sanitaires sur les 83 sont en zone de transmission élevée (Incidence ≥ 400 ‰). Il s'agit des districts de Sakassou, situé au centre, et de Jacqueville au sud.

2.3.5 Morbidité, mortalité et fardeau économique

- **Morbidité du paludisme**

L'incidence du paludisme sur la période 2012-2015 a varié selon les cibles. Chez les enfants de moins de 5 ans on note une régression de 352 ‰ à 292‰ avec un pic (446 ‰) en 2014 lié à la mise en œuvre des activités communautaires (PECADOM plus et iCCM dans 51 districts sanitaires) et stratégies avancées (quartiers précaires et villages).

Dans la population générale, l'incidence est passée de 120 ‰ à 155 ‰ avec un pic de 164 ‰ en 2014 pouvant s'expliquer par les interventions communautaires.

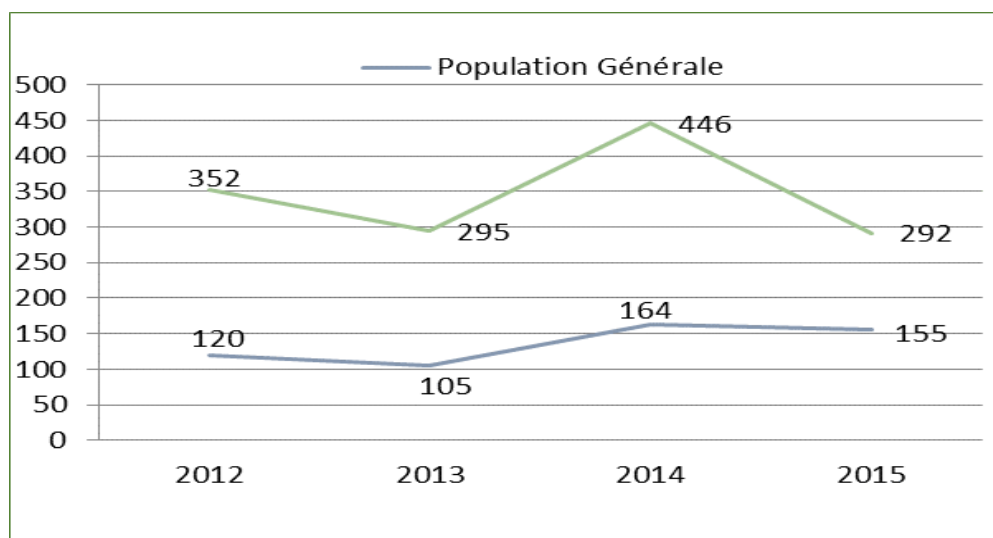


Figure 12: Evolution de l'incidence du paludisme en Côte d'Ivoire 2012-2015

- **Mortalité**

La mortalité infanto juvénile a connu globalement une baisse sur la période de mise en œuvre du PSN 2012-2015. Chez les enfants de moins de 5 ans, on note une réduction de la mortalité toutes causes confondues de 12 points c'est-à-dire elle est passée de 108 pour 1000 en 2012 à 96 pour 1000 en 2015 (Source : MICS 2016, p18).

La mortalité hospitalière spécifique du paludisme dans la population générale a connu

- **Fardeau économique du paludisme**

En Côte d'Ivoire la charge sociale et économique du paludisme est considérable pour les ménages et le pays. Selon les études, les coûts directs associés au paludisme représentent en moyenne 12 à 14% du revenu des ménages dont les membres actifs perdent en outre 4 à 7 jours de travail (A.S. Kouadio et al).

Par ailleurs, étude conduite en 2010 dans les services médicaux du travail chez les travailleurs et les membres de leur famille à révélé une prévalence du paludisme 33 %.

Les salariés ont présentés 5464 épisodes de paludisme qui ont justifié 121,33 mois d'absence. Le coût direct du paludisme représentait 213 223,85 euros (139865677 FCFA), l'absentéisme lié au paludisme à 64 738,33 euros (4249507 FCFA) et le coût de productivité à 933 042,73 euros (612035910 FCFA) (A.-F. Tchicaya et al.).

2.4 Performance du Programme de lutte

2.4.1 Résultats actuels de la lutte

Progrès vers l'impact sur les cibles épidémiologiques et entomologiques du PSN

L'incidence du paludisme sur la période 2012-2015 a varié selon les cibles. Chez les enfants de moins de 5 ans on note une régression de 352 ‰ à 292 ‰ avec un pic (446 ‰) en 2014 lié à la mise en œuvre des activités communautaires (PECADOM dans 51 districts sanitaires) et stratégies avancées (quartiers précaires et villages).

La proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une infection palustre en 2015 selon l'enquête de santé à indicateurs multiples (MICS 2016) est de 37% contre 42% en 2012.

Dans la population générale, l'incidence est passée de 120 ‰ à 155 ‰ avec un pic de 164 ‰ en 2014 pouvant s'expliquer par la surestimation de la population générale faite par extrapolation avant le RGPH de 2014.

La mortalité hospitalière spécifique du paludisme dans la population générale a connu également une régression en passant de 14 pour 100 000 en 2013 à 11 pour 100 000 en fin 2015.

Financement du programme national de lutte contre le paludisme

La part du budget de la santé alloué à la lutte contre le paludisme est passée de 24 Milliards (6,85%) de Francs CFA en 2012 à 55 Milliards (12,72%) de Francs CFA en 2015 (PNDS 2012-2015, page 58) ;

La mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme bénéficie de l'appui financier direct de plusieurs partenaires. Cependant cette contribution repose principalement sur l'Etat et le FM respectivement à hauteur de 18% et 81% ;

L'analyse du financement du PSN révèle un écart d'environ 43% correspondant à un niveau faible de mobilisation des ressources.

Capacités du PNLP à mettre en œuvre les activités planifiées

La performance du programme dans la mise en œuvre des activités planifiées du plan de travail du PSN sur la période 2012-2015 est moyenne (58%). Par ailleurs sur 28 recommandations formulées lors de la revue à mi-parcours, 22 ont été complètement réalisées soit un taux de réalisation des recommandations à mi-parcours de 79%.

Ce taux de réalisation des activités reste relativement faible par rapport au résultat attendu (80%).

✚ Efficacité du système de santé pour l'offre des services de lutte contre le paludisme

▪ Niveau d'atteinte des cibles de la lutte contre les vecteurs

La proportion des ménages équipés d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes est passé de 31% en 2012 à 47% en 2015 soit un gain de 16 points ;

La proportion de population ayant dormi sous une MILDA est passée de 33% en 2012 à 50% en 2015 soit une augmentation de 17 points en 4 ans ;

La proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MILDA a augmenté significativement de 22,20 points en 4 ans passant de 37% en 2012 à 59,20% en 2015 ;

Par contre chez la femme enceinte l'utilisation de la MILDA est restée stagnée à 40% sur la période 2012-2015.

▪ Niveau d'atteinte des cibles de la chimio-prévention

Le pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu 2 doses de SP est passé de 41% en 2013 à 54% en 2015, soit un gain de 13 points.

Selon les dernières recommandations de l'OMS relative à l'introduction d'une troisième dose de la SP chez la femme enceinte, le PNLP s'est fixé une cible de 15% de couverture pour la première année de mise en œuvre, un taux de 11% a été atteint en 2015

▪ Niveau d'atteinte des cibles du diagnostic et du traitement des cas de paludisme

Le taux de confirmation des cas testés est passé de 73% en 2012 à 82% en 2015.

Le nombre de cas de paludisme simple confirmé recevant un traitement correct a doublé passant de 1 860 825 cas en 2012 à 3 615 280 en 2015. Cela s'explique par la mise à l'échelle des interventions.

Les notifications des événements indésirables selon les données de la DPML ont concerné toutes les classes thérapeutiques, cependant les antipaludiques sont représentés par une forte proportion.

▪ Niveau d'atteinte des cibles de la Gestion des Achats et des Stocks (GAS)

Pourcentage de formations sanitaires publiques n'ayant pas connu de rupture en CTA, TDR et MILDA est en moyenne de 70%. Ce résultat révèle une faible disponibilité des intrants au site de prestations

▪ Niveau d'atteinte des cibles du plaidoyer, mobilisation sociale et de la communication pour le changement de comportement

En 2013, selon le rapport de l'enquête Tracking Results Continuously (TRAC)

- 89,8% de la population de 18 ans et plus, a déjà entendu parler du paludisme ;
- 93,7% des personnes informées sur le paludisme savent que la cause est la piqûre de moustiques,

78,5% des personnes informées du paludisme ont identifié la MILDA comme moyen de prévention du paludisme.

▪ ***Niveau d'atteinte des cibles de la préparation et de la riposte contre les épidémies de paludisme***

Deux situations d'urgences se sont présentées au cours de la période 2012-2015 qui ont bénéficiés de l'intervention du PNLP. Il s'agit de:

- Déplacés du mont Péko à l'ouest de la Côte d'Ivoire
- Déplacés de l'inondation de Grand Lahou en région côtière.

Pour ces 2 situations, des distributions ponctuelles de masse de MILDA et la PEC des cas en urgence ont été faites

▪ ***Niveau d'atteinte des cibles de la Surveillance, Monitoring et Evaluation:***

En 2015, la promptitude et la complétude des rapports étaient respectivement 100%. De même 100% des études de recherche planifiées ont été réalisées.

Cependant on note :

- Une insuffisance de matériels pour l'archivage des données;
- Insuffisance d'analyse des données aussi bien dans les ESPC que dans les hôpitaux de référence;
- Une insuffisance dans l'archivage des rapports/données
- Une faiblesse du système d'assurance et qualité des laboratoires du CHR, HG

Le PNLP dispose d'un document de politique, d'un plan stratégique et de directives pour la lutte contre le paludisme.

La lutte contre paludisme est une priorité pour le ministère en charge de la santé car elle est inscrite dans les différents plans nationaux de développement sanitaire. Par ailleurs, l'Etat de Côte d'Ivoire et ses partenaires ont contribué au financement des interventions du programme. La tendance à la hausse de l'enveloppe budgétaire allouée à la santé au cours des cinq dernières années s'est ressentie également au niveau du programme national de lutte contre le paludisme. Comme tous les programmes de santé, le PNLP est directement rattaché à la Direction Générale de la Santé (DGS).

La revue a noté que tous les partenaires de soins ont accès aux données et directives sur la lutte contre le paludisme dans le pays.

Cette disponibilité est décroissante du niveau central au niveau périphérique avec seulement 33% (3/9) des structures sanitaires enquêtées qui disposent des directives

2.4.2 Progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du programme

Tableau IX: Progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du programme

INDICATEURS	DONNEES		RESULTATS		
	BASE		2013		2015
	2011	CIBLE	RESULTAT	CIBLE	RESULTAT
<i>Indicateurs d'impact</i>					
Incidence annuelle du paludisme dans la population générale (dans les formations sanitaires)	114,54	80	106 (RASS 2013)	40	155,49 (RASS 2015)
Incidence annuelle du paludisme chez les moins de 5 ans (dans les formations sanitaires)	389	200	302,61 (RASS 2013)	100	291,79 (RASS 2015)
Prévalence parasitaire du paludisme			42% (EDS 2012)		37% (EPPA 2016)
<i>Indicateurs d'effet</i>					
Proportion de cas de paludisme simple correctement prise en charge dans les formations sanitaires chez les moins de 5 ans	60%	80%	59% (ESS 2013)	100%	63,8% (MICS 2016)
<i>Indicateurs de processus et de résultats</i>					
Proportion de ménages disposant d'au moins de deux MILDA			0,67 (ESS 2013)		46,9% (MICS 2016)
Proportion de personnes ayant dormi sous la MILDA la nuit ayant précédé l'enquête			33% (ESS 2013)		50,1% (MICS 2016)
Proportion d'enfants < 5 ans ayant dormi sous la MILDA la nuit ayant précédé l'enquête			59,8 (ESS 2013)		59,2% (MICS 2016)
Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous la MILDA la nuit ayant précédé l'enquête			0,533 (ESS 2013)		40,1% (MICS 2016)
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de traitement préventif intermittent pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse (au cours des deux années précédentes)	0,49	0,7	0,176 (ESS 2013)		46,7% (MICS 2016)
Proportion de patients souffrant du paludisme qui ont été vus par un agent de santé et ayant subi un TDR ou une GE pour le	0,36	0,7	0,682 (ESS 2013)	0,9	83% (Rapport PNLN 2015)

diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires publiques					
Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires publiques	50%	70%		90%	53% (Rapport PNL 2015)
Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock d'antipaludiques (CTA) recommandés de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois	0,8	1	0,716 (ESS 2013)	1	0,875 (ESS 2016)
Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock de Sulfadoxine-Pyriméthamine de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois	0,5	0,7	0,579 (ESS 2013)	1	0,653 (ESS 2016)
Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock de MILDA de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois	0,5	0,7	0,516 (ESS 2013)	1	0,751 (ESS 2016)

2.4.3 Défis pour la période 2016- 2020

Les résultats de la période 2012-2015 montrent une amélioration de l'équité dans l'accès de la population aux soins. Toutefois plusieurs défis restent à relever à savoir :

- Assurer la couverture universelle des populations par les interventions de lutte contre le paludisme ;
- Assurer la disponibilité permanente des antipaludiques et autres intrants de lutte contre le paludisme aux sites de dispensation ;
- Assurer le suivi de la consommation des antipaludiques et intrants de lutte contre le paludisme au niveau opérationnel ;
- Assurer le passage à échelle de la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire (iCCM) ;
- Améliorer le taux d'utilisation effective des mesures de préventions du paludisme par les populations ;
- Assurer une mobilisation efficace des ressources additionnelles pour combler les gaps de financement du PSN ;
- Améliorer les taux d'absorption du budget mobilisé pour la lutte contre le paludisme au niveau opérationnel ;
- Assurer une bonne adhésion des prestataires publiques, privés et communautaires dans l'application des directives de prise en charge et de prévention du paludisme ;
- Renforcer le mécanisme de suivi –évaluation à tous les niveaux dans les secteurs de santé publique et privé.

3 CADRE STRATEGIQUE DU PSN

3.1 Vision

Conformément à la politique nationale de lutte contre le paludisme, le PSN contribue à la vision d'une Côte d'Ivoire émergente et prospère sans paludisme.

3.2 Mission

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population à travers un accès universel et équitable aux interventions de lutte contre le paludisme.

3.3 Principes directeurs et valeurs

La mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme reposera sur les 4 principes fondamentaux suivant :

- L'accès équitable aux services de lutte contre le paludisme ;
- le renforcement du partenariat public privé ;
- le renforcement de la participation communautaire ;
- le renforcement de la collaboration avec d'autres programmes du Ministère de la Santé.

Trois valeurs cardinales sont prescrites aux acteurs à tous les niveaux lors de l'accomplissement de leurs tâches: Il s'agit du:

- Respect de la diversité des peuples ;
- respect de la dignité de la personne humaine ;
- respect des droits humains et de l'égalité du genre.

3.4 Orientations stratégiques et priorités politiques

- i. Accès universel aux MILDA en termes de couverture et d'utilisation ;
- ii. Accès universel au TPI chez les femmes enceintes et amélioration du taux d'utilisation ;
- iii. Introduction de la PID et de la LAL comme mesures additionnelles de prévention
- iv. Atteinte de la couverture universelle pour la prise en charge correcte des cas (confirmation systématique et traitement par CTA) au niveau de toutes les structures sanitaires publiques et privées;
- v. Renforcement de la prise en charge intégrée communautaire des maladies de l'enfant (paludisme, diarrhée, IRA);
- vi. Renforcement du système de suivi-évaluation y compris le suivi de l'efficacité thérapeutique et le suivi de la résistance aux CTA;
- vii. Renforcement de la pharmacovigilance;
- viii. Renforcement des capacités de gestion et de coordination du programme et des acteurs de lutte contre le paludisme au niveau opérationnel;
- ix. Renforcement de l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement ;
- x. Renforcement du système communautaire.

3.5 Buts, objectifs et résultats attendus

3.5.1 Buts

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population générale en réduisant de façon significative le fardeau du paludisme d'ici 2020.

3.5.2 Objectifs

- Réduire d'au moins 40% l'incidence du paludisme d'ici 2020 par rapport à 2015.
- Réduire d'au moins 40% la mortalité due au paludisme d'ici 2020 par rapport à 2015.

3.5.3 Résultats attendus

Les résultats attendus se présentent comme suit :

- Au moins 80% de la population générale dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Au moins 80% des enfants de moins de 5 ans dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Au moins 80% des femmes enceintes dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Au moins 80% de la population dans les zones cibles est protégée par des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent au cours des 12 derniers mois ;
- Au moins 80% des femmes enceintes a reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent au cours de soins prénatals ;
- Au moins 90% des cas suspects de paludisme ont bénéficié d'un test parasitologique (TDR, Microscopie) ;
- Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés dans les formations sanitaires ont reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales ;
- Au moins 90% des cas de paludisme grave confirmés dans les formations sanitaires ont reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales;
- Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés par les agents de santé communautaires ont reçu un traitement antipaludique correcte dans les 24 heures conformément aux directives nationales;
- Au moins 80% de la population connaissent les signes majeurs et les mesures nationales de prévention du paludisme ;
- Au moins 80% des rapports d'établissements de santé attendus ont été reçus au niveau national (Taux de recouvrement rapports SNIS)

3.6 Interventions de lutte et modalités de mise en œuvre

Plusieurs interventions seront développées pour permettre d'atteindre les objectifs retenus ci-dessus par le programme. Il s'agit:

3.6.1 Accès universel aux MILDA

Résultats attendus

- Au moins 80% de la population générale dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Au moins 80% des enfants de moins de 5 ans dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Au moins 80% des femmes enceintes dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Au moins 80% de la population dans les zones cibles est protégée par des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent au cours des 12 derniers mois ;

Modalités de mise en œuvre

Selon les études, la généralisation de l'utilisation des MILDA entraîne une baisse d'environ 20% de la mortalité infantile toutes causes confondues dans les régions d'endémie du paludisme. Par ailleurs, l'utilisation correcte et continue des MILDA peut sauver la vie d'un enfant sur quatre. En Côte d'Ivoire, selon l'enquête CAP 2009, il a été observé une réduction de la prévalence des cas de fièvre chez les enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA de 27,4% à 18,6%.

Deux mécanismes de distribution sont retenus:

- la campagne de masse ciblant l'ensemble de la population ;
- la distribution de routine ciblant les populations vulnérables, particulièrement les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

Le PNLP a adopté la distribution massive et gratuite des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée d'action comme intervention principale de prévention du paludisme. Ainsi en 2008

et 2009, le PNLP a organisé une campagne de distribution gratuite d'environ 700000 MILDA dans 18 districts lors de la campagne de vaccination contre la rougeole. En 2009, 12 districts sanitaires ont intégré cette distribution de MILDA au profit des enfants de moins de 5 ans au cours de la semaine nationale d'intensification des activités de nutrition (SIAN)

Afin d'améliorer la possession des MILDA dans les ménages, la Côte d'Ivoire a organisé sa première campagne nationale de distribution gratuite de MILDA en 2011 avec plus de 8 Millions de MILDA distribués puis en 2014 plus de 14 millions de MILDA ont été distribués en campagne de masse.

Ainsi, entre 2006 et 2015, le nombre de ménages possédant 1 MILDA est passé de 3,6% (MICS 2006) à 66% (EDS 2012) puis à 75% (MICS, 2016). L'utilisation des MILDA est passée de 33% (EDSCI-III 2012,) à 50,1% (MICS 2016) avec une prédominance en milieu rural de 64,1% contre 34,3% en milieu urbain. Ces taux restent cependant encore faibles et doivent être améliorés.

Pour renforcer la couverture en MILDA et en tenant compte de la durée de vie de 3 ans des MILDA, le MSHP organise sa troisième campagne nationale de distribution gratuite de MILDA en 2017. La quatrième est prévue en 2020.

Par ailleurs dans un souci d'équité, les populations vulnérables comme les populations carcérales, les orphelinats, les pouponnières, les internats ainsi que les casernes seront désormais pris en compte dans les prochaines campagnes de masse.

En campagne de masse, la directive appliquée jusque là pour assurer la couverture universelle est d'une MILDA pour deux personnes. Cependant pour tenir compte des pratiques dans les ménages, la stratégie de distribution d'une MILDA par unité de couchage (lit, matelas, natte utilisé dans le ménage pour dormir) sera expérimenté lors des prochaines campagnes.

Outre les campagnes, la distribution en routine des MILDA permettra de maintenir la couverture universelle et d'assurer la protection continue des populations vulnérables à savoir les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires publiques, privés et dans la communauté lors des consultations en stratégies avancées dans les localités d'accessibilité géographique difficile et dans les quartiers précaires.

Les interventions proposées visent donc à assurer la disponibilité des moustiquaires et garantir leur accessibilité et leur utilisation par les populations. Pour ce faire, les principales interventions ci-après sont proposées:

- Acquérir les MILDA recommandées en quantité suffisante et mettre en œuvre un plan d'approvisionnement et de distribution dans les sites d'offre de service et points de distribution ;
- Renforcer la capacité de stockage des districts sanitaires
- Equiper les districts sanitaires en matériels roulant pour optimiser l'approvisionnement des aires sanitaires en intrants
- Renforcer les capacités des acteurs en matière de gestion de stocks des MILDA
- Mettre à jour, reproduire et distribuer les outils de communication pour l'utilisation des MILDA
- Augmenter le nombre d'ASC pour la communication
- Procéder à la sensibilisation des populations avant, pendant et après les différentes phases de la campagne de distribution de masse
- Procéder à la sensibilisation de façon continue de la population en dehors des campagnes
- Sensibiliser les agents de santé des structures de santé privées (non agréé) afin de référencer les femmes enceintes n'ayant pas reçu la MILDA vers les structures de référence
- Garantir l'accessibilité des MILDA par la gratuité et le rapprochement des points de distribution au niveau des communautés ;
- Prévoir une période d'un mois après la campagne pour permettre aux absents de prendre les MILDA au niveau du RADS. Un forfait communication sera prévu pour relancer les absents ;

- Maintenir la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des MILDA à travers l'approvisionnement régulier et les actions de proximité pour l'utilisation;
- Distribuer les moustiquaires en tenant compte de chaque stratégie :
 - Pour la campagne elle prendra en compte les étapes de micro-planification, le dénombrement, le pré-positionnement, la conception et la reproduction des outils ainsi que la distribution. Cette campagne pourra être intégrée à d'autres activités telles que les campagnes de vaccination (POLIO ou Rougeole) en vue de minimiser les coûts opérationnels ;
 - Pour la routine, des outils permettront d'assurer la traçabilité de la distribution en PEV et CPN dans les structures de soins publiques et privées. Cette distribution de routine s'étendra en stratégies avancées dans la communauté.
 - Le lieu de distribution de routine restera le PEV pour les enfants de 0 à 5ans et les CPN pour les femmes enceintes. Tout les enfants ou femmes enceintes recus pour une consultation curative dans les structures de soins publiques, privées sera orienté vers ces services pour recevoir gratuitement la MILDA.
 - La distribution systématique des MILDA aux nouveaux nés à la maternité après l'accouchement

Tableau 1: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions MILDA

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Campagne de masse de MILDA	Comité de pilotage présidé par la Ministère en charge de la santé Comité technique, DRS, DDS OMS; UNICEF, ONGs Nationales et internationales, les collectivités locales...	Tous les 83 Districts sanitaires (National)
Distribution des MILDA en routine aux enfants de moins de 5 ans	PNLP ; Directions régionales et départementales de santé ; formations sanitaires publiques et privées (confessionnelles, non lucratives, et lucratives)	Tous les 83 Districts sanitaires
Distribution des MILDA en routine aux femmes enceintes	PNLP ; Directions régionales et départementales de santé ; formations sanitaires publiques et privées (confessionnelles, non lucratives, et lucratives)	Tous les 83 Districts sanitaires
Distribution en communauté lors des consultations en stratégies avancées	PNLP ; Directions régionales et départementales de santé ;	Tous les 83 Districts sanitaires

3.6.2 Prévention par la Pulvérisation Intradomiciliaire (PID)

Résultats attendus

Au moins 80% de la population dans les zones cibles est protégée par des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent au cours des 12 derniers mois.

Modalités de mise en œuvre

En dehors de la prévention par l'utilisation des MILDA, la Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) est une autre stratégie recommandée par l'OMS pour la lutte contre les vecteurs adultes du paludisme. La PID quant à elle consiste à l'imprégnation des murs intérieurs des habitations avec des insecticides à effet rémanent. Le moustique qui se repose sur ce mur imprégné prendra le produit insecticide par ses pattes et sera donc tué.

Cette stratégie sera développée dans une zone pilote pour permettre au pays de disposer de données factuelles et contextuelles sur la base desquelles l'extension sera envisagée.

Il s'agit d'interventions multisectorielles qui impliqueront les ministères techniques en charge de l'Environnement, la salubrité, l'infrastructure, la Solidarité – Famille- Femme-Enfant, l'Agriculture, l'Industrie, l'Economie et des Finances. Les acteurs communautaires notamment les ONG interviendront dans la sensibilisation ainsi que dans la mise en œuvre de ces stratégies. Ces interventions bénéficieront d'appui technique international en vue d'un transfert de compétence.

La PID est une stratégie onéreuse qui nécessite une main d'œuvre qualifiée et un équipement adapté. Cette intervention bien que planifiée dans le PSN précédent, n'a pu être mise en œuvre en raison du manque de financement. L'éligibilité du pays au financement de l'Initiative Présidentielle Américaine contre la Malaria (PMI) annoncé en 2016 avec la perspective de démarrage des activités en fin 2017 offre l'opportunité de financement de cette intervention.

La PID sera mise en œuvre des districts pilotes situés dans les sites sentinelles qui seront identifiés sur la base des paramètres entomologiques notamment celles qui sont liés au comportement d'endophagie et endophilie du vecteur. La mise en œuvre se fera selon les recommandations de l'OMS en la matière et utilisera les procédures Internationales en vigueur.

Les interventions proposées sont:

- Élaborer un plan de mise en œuvre de la PID
- Réaliser d'une enquête entomologique de base dans la zone cible
- Réaliser d'une étude de faisabilité prenant en compte l'acceptabilité des populations et le type d'habitation
- Organiser des rencontres du GSA et des structures de recherches pour les choix des insecticides et districts pilotes;
- Acquérir le matériel et l'insecticide;
- Former des équipes techniques;
- Sensibiliser de la communauté et assurer la mobilisation sociale.
- Réaliser la PID deux fois par an pour couvrir les deux saisons pluvieuses dans les zones identifiées

- Assurer la supervision et la coordination
- Evaluer le projet pilote par une enquête

Cette phase pilote permettra au pays de disposer de données factuelles et contextuelles sur la base desquelles l'extension de la PID sera planifiée.

Tableau 2: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions PID

Interventions/Stratégies	Responsables de MEO	Zones de MEO
Elaboration d'un PAO pour PID	PNLP, structures de recherche, Partenaires	
Réalisation d'une enquête préliminaire	PNLP, structures de recherche	districts ciblés
L'acquisition de matériel et d'insecticide	PNLP, structures de mise en œuvre	districts ciblés
La formation des équipes techniques	PNLP, structures de recherche, districts sanitaires	districts ciblés
Sensibilisation de la communauté et la mobilisation sociale	PNLP, structures de recherche, districts sanitaires, structures de mise en œuvre, ONGs, Réseaux, CECI	districts ciblés
Mise en oeuvre de la Pulvérisation Intra domiciliaire	PNLP, structures de recherche, districts sanitaires, structures de mise en œuvre	districts ciblés
Suivi et Evaluation	PNLP, structures de recherche, districts sanitaires	districts ciblés

3.6.3 Prévention par la Lutte anti larvaire (LAL)

Résultats attendus

- 80% des gîtes larvaires identifiées dans des districts ciblés sont traitées avec les biolarvicides
- 60% des ménages des districts stratifiés dans les zones très sensibles et sensibles réalisent une campagne d'assainissement mensuelle.

Modalités de mise en œuvre

La lutte anti-larvaire est une intervention complémentaire de la lutte contre le moustique adulte par l'utilisation des MILDA et de la PID. Elle comporte la lutte chimique qui repose sur le traitement des gîtes larvaires par des bio-larvicides et la lutte physique qui prend en compte l'assainissement du cadre de vie et de l'environnement.

Elle contribue à réduire la densité anophélienne et donc la diminution du nombre de piqûres de moustique.

La lutte chimique sera développée dans trois (3) districts pilotes pour évaluer le rapport coût /efficacité dans le contexte épidémiologique de la Côte d'Ivoire. Cela permettra au pays de disposer de données factuelles et contextuelles de base sur laquelle une extension de la stratégie sera proposée.

Quant à la lutte physique, elle sera promue dans tous les districts à travers des campagnes d'éducation sanitaire avec la sensibilisation des populations et des autorités locales sur la reconnaissance des gîtes larvaires et leurs destructions systématiques, l'organisation de concours de la ville la plus propre et l'implication des mairies à travers la formation et la réactivation des services d'hygiène des mairies pour le suivi.

La lutte anti-larvaire est une intervention multisectorielle qui impliquera les ministères techniques en charge de l'Environnement, la salubrité, l'infrastructure, la Solidarité – Famille- Femme-Enfant, l'Agriculture, l'Industrie, l'Economie et des Finances. Les acteurs communautaires notamment les ONGs interviendront dans la sensibilisation ainsi que dans la mise en œuvre de ces stratégies. Ces interventions bénéficieront d'appui technique international en vue d'un transfert de compétence.

Les interventions proposées sont:

- Faire le plaidoyer auprès des responsables des collectivités locales en vue de leur adhésion
- Former les comités d'hygiène des mairies sur la lutte contre le paludisme
- Organiser des campagnes d'éducation sanitaire sur l'identification des gîtes larvaires et leur destruction
- Soutenir l'organisation de campagne d'assainissement au niveau locale
- Réaliser la cartographie des gîtes larvaires dans les districts cibles
- Réaliser la destruction chimique des gîtes larvaires par l'utilisation des bio-larvicides dans sites identifiées

Tableau 3: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions LAL

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Elaboration d'un PAO pour LAL	PNLP, Partenaires, structures de recherche, Réseaux, ONGs nationales et internationales	Niveau central
Metre en oeuvre le PAO	PNLP, structures de mise en œuvre, MINSEDD, Directions régionales et départementales de santé, collectivités locales, les Réseaux et ONGs, CECI	Tous les 83 districts
Suivre et Evaluer La LAL	PNLP, structures de mise en œuvre, MINSEDD, Directions régionales et départementales de santé, collectivités locales	Tous les 83 districts

3.6.4 Prévention du paludisme chez la femme enceinte

Résultats attendus

- Au moins 80% des femmes enceintes ont reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent au cours de soins prénatals dans leur dernière grossesse

Modalités de mise en œuvre

En plus de l'utilisation de la MILDA, le traitement préventif intermittent (TPI) à base de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) pour la prévention du paludisme chez les femmes enceintes est une stratégie complémentaire fortement recommandées par l'OMS. Il se fera par l'administration d'au moins 3 doses de SP au cours de la grossesse sous observation directe de l'agent de santé ou par une tierce personne dûment mandatée.

Les données l'enquête MICS 2016 révèlent un fort taux de déperdition entre le TPI1 (66, 8%) et le TPI3 (22,6%) de plus de 40 points de pourcentage malgré les efforts de recherche et de références des pertues de vues par les ONG. Cette situation est en rapport avec les CPN tardives, les ruptures de stocks de SP aux sites de dispensation, inefficacité du mécanisme de référence des pertues de vues, le manque d'application de la stratégie DOT par les acteurs et la faible implication du secteur sanitaire privé.

En vue d'atteindre le resultat d'au moins 80% de couverture des femmes enceintes par le TPI3 d'ici 2020, plusieurs interventions seront mises en œuvre. IL s'agira notamment de:

- Acquérir la SP et les intrants (gobelets/eau) en quantité suffisante pour couvrir tous les besoins
- Renforcer la chaine d'approvisionnement afin de garantir la disponibilité et l'accessibilité de la SP dans les structures sanitaires publiques, privés et dans la communauté
- Promouvoir la strategie DOT pour la dispensation de la SP au niveau des formations sanitaires publiques et privés ainsi que dans la communauté
- Intensifier les CPN foraines en ciblant les zones à faible couverture en SP
- Renforcer la collaboration avec le secteur sanitaire privé lucratif et non lucratif pour la dispensation gratuite de la SP aux femmes enceintes;
- Impliquer les ASC/ONG dans la dispensation de la SP aux femmes enceintes notamment chez les pertues de vues.
- Sensibiliser les agents de santé au bon remplissage des registres de CPN afin de permettre aux ASC de rechercher les pertues de vue
- Renforcer la collaboration/communication entre les agents de santé et les ASC afin de faciliter la recherche des pertues de vue
- Impliquer les acteurs du volet communautaire notamment les ASC, les ONG, les OBC, les OBF et les encadreurs d'alphabétisation, les agents de développement rural(ANADER), les groupements féminins dans la sensibilisation sur l'importance des CPN précoce par les femmes enceintes et la recherche active des pertues de vue en CPN.
- Renforcer les capacités de tous les acteurs publics, privés et communautaires sur les directives du TPI par la SP
- Réaliser une étude sur les déterminants de l'utilisation de la SP par les femmes enceintes afin d'orienter les cibles et messages de communication.
- Contratualiser avec une structure pour l'envoi de SMS pour l'amélioration de la couverture en SP

Tableau 4: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions TPI

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
TPI dans les formations sanitaires publiques	DDS	formations sanitaires publiques
TPI dans les formations sanitaires privées lucratives	ACPCI	cliniques et polycliniques
TPI dans les formations sanitaires des entreprises	CECI	services médicaux des entreprises
TPI en stratégies avancées	DDS	Communauté
TPI dans les quartiers précaires	DDS	quartiers précaires des zones urbaines
TPI dans la communauté délivré par les ASC	DDS	Zones d'accès difficile

3.6.5 Diagnostic et prise en charge des cas

Résultats attendus

- Au moins 90% des cas suspects de paludisme vu dans les formations sanitaires publiques et privés ont bénéficié d'un test parasitologique (TDR, Microscopie) ;
- Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés dans les formations sanitaires publiques et privés ont reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales ;
- Au moins 90% des cas de paludisme grave confirmés dans les formations sanitaires publiques et privés ont reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales;
- Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés par les relais communautaires ont reçu un traitement antipaludique correcte dans les 24 heures conformément aux directives nationales;

Modalités de mise en œuvre

✓ **Diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires et dans la communauté**

Le diagnostic parasitologique du paludisme basé en pratique courante sur le Test de Diagnostic Rapide (TDR) ou sur la microscopie (goutte épaisse et frottis sanguin) permet d'améliorer la prise en charge des malades, d'identifier les sujets non impaludés, d'éviter l'administration abusive d'antipaludiques, d'éviter l'émergence de souches résistantes, de déterminer les échecs thérapeutiques et d'apprécier l'incidence réelle du paludisme.

Ainsi, conformément aux directives de l'OMS, la confirmation biologique des cas présomptifs de paludisme sera la règle avant la prescription de tout traitement antipaludique dans les structures sanitaires publiques, privées et dans la communauté.

Les Tests de Diagnostic Rapide (TDR) du paludisme seront réalisés dans les structures sanitaires de premier contact publiques et privées et au niveau communautaire.

Les examens de la goutte épaisse (GE) et du frottis sanguin (FS) seront pratiqués au niveau des hôpitaux de référence et des structures privées disposant d'un laboratoire fonctionnel.

Cependant, compte tenu des difficultés des laboratoires à fournir rapidement les résultats de GE, les TDR seront approvisionnés dans les services des urgences et de consultations externes.

Toutes les lames de goutte épaisse (positives et négatives) seront numérotées et conservées pour le contrôle de qualité qui sera organisé par le PNLP dans le cadre de l'encadrement continu des techniciens.

Un contrôle de qualité des TDR sera effectué chaque semestre à partir de prélèvements d'échantillons dans les structures publiques et privées.

Les besoins en TDR et en réactifs pour la microscopie du paludisme seront quantifiés avec l'implication de la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) et des partenaires.

Par ailleurs, selon les enquêtes, les prévalences de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes qui sont passées respectivement de 75% et 54% (EDSIII, 2012) à 16% et 66% (MICS, 2016) restent élevées notamment chez la femme enceinte.

L'infection par le Plasmodium constitue une cause importante des anémies. Ces anémies constituent un facteur de gravité du paludisme. Ainsi, le diagnostic précoce de l'anémie est nécessaire pour une prise en charge complète des patients. Dans ce cadre, 1329 établissements sanitaires publics de premier contact ont été équipés d'Hémoglobinomètre et d'intrants pour la mesure du taux d'hémoglobine sur financement du budget de l'Etat alloué au PNLP. Au cours de la mise en œuvre de ce plan, l'équipement de toutes les structures restant sera planifié. Les achats de ces produits et matériels se feront comme cela a été le cas par le PNLP en collaboration avec la Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM) sous forme de passation de marché.

Afin de s'assurer de la qualité des produits, les critères de pré-qualification de l'OMS seront observés pour l'achat des Tests de diagnostic rapide. La Nouvelle PSP assurera le stockage et l'approvisionnement régulier de TDR dans toutes les formations sanitaires publiques et

Il faut bien noter que la politique nationale adoptée est la gratuité des TDR, des examens de la GE/FS et des Tests d'anémie pour toute la population dans les structures sanitaires publiques, privées à but non lucratif et dans la communauté.

✓ **Traitement antipaludique efficace dans les formations sanitaires**

La politique de traitement du paludisme, conformément aux recommandations de l'OMS repose sur l'utilisation des Combinaisons Thérapeutiques à base de dérivé d'Artémisinine (CTA) dans les cas de paludisme simple.

Le schéma thérapeutique révisé en mai 2013 recommande en cas de paludisme simple confirmé, l'utilisation de l'une des combinaisons suivantes : artésunate + amodiaquine ou artéméther + luméfántrine. Ce schéma sera appliqué dans toutes les formations sanitaires publiques et privées ainsi que dans la communauté.

En ce qui concerne le paludisme grave, sa prise en charge se fait en milieu hospitalier dans les formations sanitaires de référence et dans les structures privées disposant d'un plateau technique adéquat. Le schéma adopté repose sur l'utilisation l'Artésunate injectable ou de la quinine injectable ou l'artéméther injectable.

Chez la femme enceinte en particulier, seule la quinine est préconisée quel que soit le type de paludisme et quel que soit l'âge de la grossesse.

En cas de paludisme grave, il est recommandé d'utiliser la quinine injectable en perfusion cependant, un dérivé de l'artémisinine injectable (l'Artésunate injectable ou l'artéméther injectable) sera utilisé seulement au deuxième et troisième trimestre de grossesse.

Les besoins en antipaludiques seront quantifiés avec l'implication de la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) et des partenaires.

Les achats de ces produits seront confiés à la NPSP et également aux partenaires. Afin de s'assurer de la qualité des produits, le critère de pré-qualification de l'OMS sera observé pour l'achat des produits antipaludiques.

La Nouvelle PSP assurera le stockage et l'approvisionnement régulier de ces intrants dans toutes les formations sanitaires publiques et privés non lucratifs.

Le schéma thérapeutique et les directives en vigueur seront révisés pour prendre en compte les nouvelles recommandations de l'OMS de 2016 une fois que le groupe scientifique d'appui au PNLP donnera les orientations sur leur mise à jour.

✓ **Traitement antipaludique dans la communauté**

La prise en charge du paludisme au niveau de la communauté est organisée autour de trois axes d'interventions : La stratégie de prise en charge à domicile du paludisme (PECADOM), les consultations en stratégies avancées et dans les quartiers précaires dans les grandes agglomérations. Cette intervention proposée vise à résoudre le problème d'accessibilité géographique du à la faible couverture sanitaire (67%, selon RASS, 2015) et la faible utilisation des services de santé (51% selon ESS, 2016) par les populations.

La PECADOM cible les enfants âgés de moins de 5 ans dans les populations situées à plus de 5 km du centre de santé le plus proche. Initié depuis 2012 dans 6 districts sanitaires, cette intervention a été étendue 51 districts depuis 2015. La PECADOM est mise en œuvre par les agents de santé communautaire (ASC) dûment formés pour réaliser un TDR à tout enfant de moins de 5 ans présentant de la fièvre - Délivrer les CTA selon la tranche d'âge en cas de test positif - Référer l'enfant lorsqu'il présente les signes de danger ou de gravité du paludisme.

Ces ASC seront désignés par leur communauté avec l'appui des Equipes Cadre de Districts sur la base de critères bien définis. Du fait que le paludisme, la diarrhée et la pneumonie sont responsables de plus de 2/3 de décès enregistrés chez les enfants âgés de moins de 5 ans, deux types de paquet d'activités sont retenus pour les ASC : Il s'agit de la PECADOM PLUS qui prend en compte la prise en charge de la diarrhée en plus du paludisme et l'iCCM qui ajoute à la PECADOM PLUS, la prise en charge de la pneumonie.

Au cours de la mise en œuvre du présent plan, l'iCCM sera porté à échelle dans 75 districts sanitaires en dehors de 8 districts de la ville d'Abidjan. Pour ce faire, le nombre d'ASC dans chaque district sera revu conformément à l'orientation du document de politique de la santé communautaire. Par ailleurs, le problème de motivation des ASC sera également pris en compte afin de donner les chances de succès de cette intervention.


Les consultations en stratégies avancées et dans les quartiers précaires dans les grandes agglomérations seront organisés chaque trimestre dans les districts sanitaires offrir les prestations de prévention et de traitement du paludisme à toutes les populations y compris les femmes enceintes. Ces prestations sont fourni par du personnel qualifié dans les aires de santé des structres publiques et privés non lucratives.

Tableau 5: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions de PEC

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Diagnostic et traitement dans les FS Publiques	PNLP/DDS/agents de santé	FS Publiques
Diagnostic et traitement dans les FS Privées Lucratives	ACPCI	FS Privées
Diagnostic et traitement dans les FS Entreprises	CECI	FS Entreprises
iCCM (diagnostic et traitement du paludisme, la diarrhée et la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans dans la communauté)	ASC, aire de santé	75 districts
Consultations en stratégies avancés	DDS	75 districts
Consultations dans les quartiers précaires dans les grandes agglomérations	DDS	Grandes agglomerations

3.6.6 Gestion des urgences et des catastrophes

Résultats attendus

- Au moins 80% des populations victimes bénéficient de mesures spécifiques de prevention du paludisme (MILDA et TPIchez les femmes enceintes)
-  Au moins 90% des cas de fièvre bénéficient d'un TDR et 100% des cas confirmés recoivent un traitement antipaludique selon le protocole nationale.

Modalité de mise en œuvre

Les situations d'épidémie du paludisme peuvent se présenter en temps de crise socio-politique, de guerre, de violences locales ou de catastrophes naturelles qui occasionnent le déplacement massif des populations composées en majorité de femmes et d'enfants.

Pour prévenir le paludisme chez ces populations victimes regroupées dans les camps de deplacé, il sera développé à travers le plan d'organisation des secours (ORSEC), des interventions de prévention et de prise en charge spécifiques prenant en compte le diagnostic et le traitement des cas confirmés du paludisme, le traitement preventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte, la distribution des moustiquaires imprégnés ainsi que la sensibilisation aux mesures d'assainissement sur les sites d'urgence.

Ces interventions seront réalisées en collaboration avec les districts sanitaires concernés qui mettront en place une équipe de praticiens pour la circonstance.

Dans ce cadre il est prévu la prise en compte des stocks de médicaments et d'intrants (CTA, TDR, MILDA et SP, produits pour la PID) soit 1% des besoins estimés pour la gestion des urgences et des catastrophes.

Tableau 10 : Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions urgences et catastrophes

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Dotation des districts cibles en antipaludiques et intrants (CTA, TDR, MILDA, SP) pour les populations déplacées	PNLP	Districts sanitaires
Diagnostic et traitement des cas de paludisme dans les camps de déplacés	DDS	Camps de déplacés
Distribution de MILDA aux populations déplacées	DDS	Camps de déplacés
Organisation de CPN et dispensation de SP en TPI aux femmes enceintes dans les camps de déplacés	DDS	CS/Camps de déplacés
Mise en œuvre de la PID dans les camps de déplacés	PNLP	Camps de déplacés

3.6.7 IEC/CCC, mobilisation communautaire

Résultats attendus

Au moins 80% de la population connaissent les signes majeurs et les mesures nationales de prévention du paludisme

Modalités de mise en œuvre

La communication pour la promotion de la santé occupera une place plus importante au cours de la mise en œuvre du PSN. En effet, l'intensification de la communication se justifie par

- faible taux d'utilisation des MILDA avec 50,1% (milieu rural 64,1%, milieu urbain 34,3%) dans la population générale contre 80% attendu.
- Faible utilisation du TPI avec la SP par les femmes enceintes
- une insuffisance d'information de la population sur la gratuité des services de prévention et de prise en charge du paludisme.

Ainsi, il sera réalisé la revue du plan de communication stratégique actuel et l'élaboration d'un nouveau plan plus efficace.

Produire et diffuser les outils de communication

Ce plan mettra l'accent sur les aspects de communication de proximité et de masse devant aboutir au changement de comportement. Pour ce faire les outils les messages et supports de communication seront révisés et adaptés.

Le plaidoyer pour le partenariat sera développé auprès des décideurs, des ministères en charge de l'environnement et de la salubrité, des entités décentralisées, des chefs d'entreprises, des partenaires techniques et financiers, des groupements féminins des leaders religieux et communautaires en vue d'obtenir leur implication véritable dans la lutte contre le paludisme.

Le plaidoyer auprès de la chambre des Rois et Chefs traditionnels se fera en vue de leur implication dans la mobilisation sociale pour la lutte contre le paludisme

La collaboration déjà entamée avec le secteur privé lucratif et non lucratif (CECI, ACPCI, APPCI) sera renforcée dans le cadre de la communication de proximité. En outre, le plaidoyer sera établi avec les responsables des grandes surfaces de distribution des biens et services pour leur implication dans la diffusion de messages de sensibilisation sur le paludisme;

Le concours inter-écoles de sensibilisation sur le paludisme en milieu scolaire initié depuis 10 ans en collaboration avec le Ministère en charge de l'éducation nationale et le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU) sera porté à échelle et d'autres supports seront identifiés et utilisés pour la diffusion de messages sur le paludisme.

La communication de proximité par les ASC ciblera les écoles, les domiciles et les lieux de manifestations publiques. Elle mettra l'accent sur l'identification des gîtes larvaires et le lien entre moustique et paludisme, les thématiques de l'utilisation des services de prévention et de prise en charge du paludisme et la gratuité des services;

Les acteurs sociaux tels que les coopératives et organisations agricoles, les groupements féminins du secteur du vivriers et les responsables des marchés, les syndicats des transporteurs seront impliqués pour la diffusion de messages sur les gares routières, les véhicules de transports en communs, marchés, les champs et les écoles.

L'approche de modèles déjà expérimentée avec des résultats encourageants par le Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME) sera développée en vue de l'amélioration de l'utilisation des services de CPN et du TPI par les femmes enceintes. Cette activité sera menée en collaboration avec le PNSME.

La communication de masse média se fera à travers la production et la diffusion des supports de communication (affiches, dépliants, spots et magazines radio/TV, affiches panneaux, pancartes, communiqués, messages SMS...). Dans ce cadre, un partenariat sera établi avec les radios de proximité, les radios confessionnelles, les médias publics (RTI), les médias privés (le bouquet Canal+...).

Par ailleurs il est envisagé l'animation des réseaux sociaux par la diffusion des messages de lutte contre le paludisme, la mise en fonction d'un site web dédié au PNLN en vue de la diffusion des informations sur la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire

La mobilisation sociale et la participation communautaire se fera à travers la mise en place au niveau des Districts d'un comité multisectoriel de lutte contre le paludisme présidé par le corps préfectoral. Il servira au niveau local de plateforme de concertation

entre les parties prenantes, les représentants des différents ministères techniques, les membres de la société civile, la communauté et le personnel de santé.

Un mécanisme de suivi et de supervision sera mise en place à tous les niveaux pour s'assurer du bon déroulement des activités de communication.

Une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale du plan stratégique de communication seront réalisées.

Tableau 11: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions IEC/CCC

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Plaidoyer	MSHP, DRS, DDS, Réseaux, ONG internationales et nationales	les 83 districts sanitaires
Sensibilisation	ONG, OBC, les OBF, Réseaux, ONG internationales et le secteur privé	les 83 districts sanitaires
Mobilisation sociale	ONG, OBC, les OBF et le secteur privé	les 83 districts sanitaires

3.6.8 Suivi-évaluation et recherche opérationnelle

Résultats attendus

- 80% des prestataires (Secteurs public, privés et communautaires) sont formés à la gestion des données du paludisme et supervisés
- 100% des districts sanitaires soumettent dans les délais leurs rapports mensuels au niveau central
- 80% des études sur le paludisme sont réalisées, diffusées et utilisées
- 90% des sites sentinelles sont fonctionnels

Modalités de mise en œuvre

La lutte contre le paludisme est l'une des plus intégrées dans système de santé. La mise en œuvre des interventions se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris la communauté.

Ainsi, pour le PSN 2016-2020, il sera élaboré un plan spécifique de suivi et d'évaluation. Ce plan précisera en détail le type d'information et les indicateurs de performance conformément aux objectifs du plan, les outils de collecte de données, le processus de collecte et d'analyse des données collectées, les études et enquêtes prévues sur la période, le cadre de communication et de partage périodique des résultats réalisés au cours de la mise en œuvre du plan.

Trois types de suivi des interventions de ce plan stratégique national seront développés. IL s'agit de:

- Suivi de la qualité des prestations: Il se fera pendant les visites de supervision routinière (directe ou indirecte) dans les structures sanitaires publiques et privées selon la périodicité retenue dans le plan national de S&E. Ce suivi sera effectué à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du niveau central vers les régions, des régions sanitaires vers les districts et des districts vers les ESPC et la communauté;
- Suivi de la qualité des données des indicateurs du Plan National de S&E: Il sera effectué à travers les visites de supervision, la visite annuelle de vérification des données sur site (OSDV), lors des ateliers de validation des données au niveau des régions mais également lors des visites de contrôle qualité des données (RDQA) dans les sites de gestion des données;
- Suivi de l'efficacité des interventions se fera à travers les activités de recherche opérationnelle qui seront réalisées chaque deux ans sur les 12 sites sentinelles de surveillance du paludisme.

L'évaluation des interventions de ce plan stratégique se fera à travers:

- Des revues annuelles et une revue à mi-parcours du plan avec des enquêtes de services de santé. Elles permettront d'avoir une vue d'ensemble sur les facteurs pouvant entraver l'atteinte des objectifs du PSN 2016-2020. En outre, une revue finale permettra de mesurer le niveau global d'atteinte des résultats initialement fixes.
- Des enquêtes ménages d'envergure nationale (MISC, EDS, EIP) pour lesquelles le PNLP apportera une contribution à la réalisation. Ces enquêtes permettront de mesurer le niveau d'atteinte des indicateurs d'impact et d'effets des interventions dans la population.

Tableau 62: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions MILDA

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Suivi de la qualité des prestations	PNLP, DRS, DDS	83 DDS
Suivi de la qualité des données des indicateurs du Plan National de S&E:	DRS, DDS, DIIS	83 DDS
Suivi de l'efficacité des interventions	PNLP, DRS, DDS, GSA	83 DDS
Des revues annuelles et une revue à mi-parcours du plan	PNLP, DRS, DDS	83 DDS
Des enquêtes ménages d'envergure nationale (MISC, EDS, EIP)	PNLP, INS, PARTENAIRES	83 DDS

3.7 Cadre de performance du PSN 2016-2020

Tableau 7: Cadre de performance du PSN 2016-2020

Indicateurs	Données de Base	Années de base	Sources	Indicateurs d'impact				Source de données	Fréquence	Responsable
				Objectif						
				2017	2018	2019	2020			
Taux de positivité tests biologiques (TDR et GE)	67%	2016	Enquête de service 2016	66%	64%	62%	60%	Enquête de service / RAPPORT PNLP	Chaque année	PNLP
Cas de paludisme confirmés (par microscopie ou TDR) pour 1000 habitants par an	155‰	2015	Rapport PNLP 2015		118‰	105‰	93‰	SNIS	Chaque année	DIIS
Incidence annuelle du paludisme chez les moins de 5 ans	286,87‰	2016	RASS 2016	200‰	171‰	142‰	113‰	SNIS	Chaque année	DIIS
Mortalité hospitalière spécifique liée au paludisme	11/100 000	2016	Rapport OMS 2016 (page 146, 2604 décès)	9,9/100 000	8,8/100 000	7,7/ 100 000	6,6/100 000	SNIS	Chaque année	PNLP
Mortalité spécifique liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	96,2‰	2016				67,4‰		EDS 2019	Chaque 3 ans	UNICEF/PNL P
Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois	37%	2016	Enquête de prévalence parasitaire du paludisme et de l'anémie (EPPA)			33,10%		EDS 2019	Chaque 3 ans	UNICEF/PNL P

Indicateurs d'effet										
Indicateurs	Données de Base	Années de base	Sources	Objectif				Source de données	Fréquence	Responsable
				2017	2018	2019	2020			
Pourcentage de la population ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	50,10%	2016	MICS 2016, p.71			80%		EDS 2019	Chaque 3ans	UNICEF/PNL P
% d'enfants âgés de moins de cinq ans ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	59,20%	2016	MICS 2016, p.62			80%		EDS 2019	Chaque 3ans	UNICEF/PNL P
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de SP en TPI au cours de leur dernière grossesse	22,60%	2016	MICS 2016, p.66			80%		EDS 2019	Chaque 3ans	UNICEF/PNL P
Proportion /Nombre de cas de paludisme simple correctement prise en charge selon les directives dans les formations sanitaires chez les moins de 5 ans	47%	2016	Rapport PNLP 2016	95%	95%	95%	95%	Rapport PNLP	Chaque année	PNLP
Indicateurs de résultats										
Indicateurs	Données de Base	Années de base	Sources	Objectif				Source de données	Fréquence	Responsable
				2017	2018	2019	2020			
% de ménages avec au moins une MILDA	75,10%	2016	MICS 2016, p.54		90%	90%		EDS 2019	Chaque 3 ans	UNICEF/PNL P
% de ménage avec une MILDA pour 2 personnes	46,90%	2016	MICS 2016, p.58		90%	90%		EDS 2019	Chaque 3 ans	UNICEF/PNL P
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de SP en TPI parmi les femmes enceintes vues en CPN 1	21,18%	2016	Enquête de service		80%	80%	80%	Enquête de service/SNIS	Chaque année	PNLP
Proportion des cas suspects de paludisme vus par un agent de santé et ayant bénéficié un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires publiques	79%	2015	Rapport PNLP 2015	100% dont 20% de GE	100% dont 20% de GE	100% dont 20% de GE	100% dont 20% de GE	SNIS	Chaque année	PNLP

Proportion des cas suspects de paludisme vus par un agent de santé et ayant bénéficié un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires privées	61%	2016	Rapport PNLP 2016	90% dont 20 % de GE	90% dont 20 % de GE	90% dont 20 % de GE	90% dont 20 % de GE	SNIS	Chaque année	PNLP
Proportion de cas simples de paludisme ayant reçu un traitement correct selon les directives dans les formations sanitaires publiques	91%	2016	Rapport PNLP 2016	95%	98%	98%	100%	SNIS	Chaque année	PNLP
Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct selon les directives dans les formations sanitaires publiques	65%	2016	Rapport PNLP 2016	80%	80%	80%	80%	SNIS	Chaque année	PNLP
Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct selon les directives dans les formations sanitaires privées	ND	2016	Rapport PNLP 2016	80%	80%	80%	80%	SNIS	Chaque année	PNLP
Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu la fièvre et bénéficié de TDR au niveau communautaire dans les zones ciblées	79%	2016	Rapport PNLP 2016	90%	100%	100%	100%	SNIS	Chaque année	PNLP
Proportion de cas de paludisme simple correctement prise en charge selon les directives dans les formations sanitaires chez les moins de 5 ans	53%	2016	Enquête de service	70%	75%	85%	90%	SNIS/Enquête de service	Chaque année	PNLP
Nombre de MILDA distribuées en routine aux femmes enceintes en CPN*	640 107	2016	Rapport PNLP 2016	967 200	989207	1020726	1053215	SNIS	Chaque année	PNLP
Nombre de MILDA distribuées en routine aux enfants de moins d'1 an en PEV **	552 215	2016	Rapport PNLP 2016	745 747	725252	747867	771167	SNIS	Chaque année	PNLP
Nombre de MILDA distribuées à la population au cours de la campagne de masse	14 667 718	2014	Rapport campagne 2014	15 018 123			16 188 620	Rapport Campagne	Chaque 3 ans	PNLP
Proportion de structures de soins sans rupture de stocks en MILDA de	75%	2016	Enquête de service 2016	95%	100%	100%	100%	Enquête de services	chaque 2 ans	PNLP

routine au cours du trimestre précédent

Proportion de structures de soins publiques sans rupture de stocks en TDR au cours du trimestre précédent.	70%	2016	Enquête des services de santé 2016	95%	100%	100%	100%	Enquête de services	Chaque trimestre	PNLP
Proportion de structures de soins sans rupture de stocks en CTA au cours du trimestre précédent	88%	2016	Enquête de service 2016	95%	100%	100%	100%	Enquête de services	Chaque trimestre	PNLP
Proportion d'ASC sans rupture de stocks en CTA pendant la période de rapportage	ND	2016	ND	90%	100%	100%	100%	RASS	Chaque trimestre	PNLP
Proportion d'ASC sans rupture de stocks en TDR pendant la période de rapportage	ND	2016	ND	90%	100%	100%	100%	RASS	Chaque trimestre	PNLP
Pourcentage de prestataires formés dans le secteur public supervisés pendant le trimestre	33%	2016	Rapport PNLP 2016	90%	90%	90%	90%	Rapport PNLP	Chaque trimestre	PNLP
Pourcentage de prestataires formés dans le secteur privé supervisés pendant le trimestre	42%	2016	Rapport de PNLP 2016	90%	90%	90%	90%	Rapport PNLP	Chaque trimestre	PNLP
pourcentage de districts sanitaires soumettant dans les délais leurs rapports trimestriels	100%	2016	Rapport PNLP 2016	95%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Chaque trimestre	PNLP
Pourcentage d'agents de santé communautaire formés et supervisés pendant le trimestre	76%	2016	Rapport PNLP 2016	95%	95%	95%	95%	Rapport PNLP	Chaque trimestre	PNLP

4 CADRE DE MISE EN ŒUVRE

4.1 Modalités de mise en œuvre du PSN

4.1.1 Mécanisme de planification et de mise en œuvre

Le Plan Stratégique National (PSN) 2016-2020 est un plan pluriannuel. Pour faciliter la mise en œuvre du PSN, le PNLP entend élaborer un plan de travail qui est le plan opérationnel annuel de lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

L'élaboration de ce PAO se fera avec les services techniques du PNLP mais également les partenaires de mise en œuvre. Ce plan sera validé par l'ensemble des parties prenantes au début de chaque année.

Le PNLP organisera des réunions et des supervisions semestrielles à l'attention des acteurs du niveau régional pour la coordination et le suivi des interventions. Une approche de supervision intégrée pilotée par la DGS du niveau central vers les directions régionales est aussi mise en œuvre.

Aussi en fin d'année intervient la revue annuelle des plans d'action et l'élaboration du plan d'action opérationnel de l'année suivante. Ce processus est mis en place pour le niveau central comme le niveau périphérique. Le rapport annuel sera établi validé et partagé avec tous les acteurs et partenaires.

En plus, la mise en œuvre du PSN sera accompagnée de plusieurs documents normatifs tels qu'un manuel des procédures de gestion administrative, financière et comptable, un plan de suivi-évaluation et le cadre de performance, un plan de passation des marchés, un plan de gestion des achats et des stocks et un plan de mobilisation des ressources mise en place avec l'appui des PTF.

Par ailleurs le document de politique, les directives seront révisés pour prendre en compte les recommandations nouvelles de l'OMS adaptées au contexte épidémiologiques de la Côte d'Ivoire. La décision de réviser ces documents sera confiés au Groupe Scientifique d'Appui au PNLP. Cependant, le consensus des parties prenantes et des autorités sera sollicité à travers des ateliers et réunion techniques.

Un mécanisme de diffusion de ces documents sera mise en place afin de garantir leur disponibilité auprès des acteurs et des partenaires.

L'intégration des activités du PNLP avec celles des autres programmes de santé (PNSME, PEV, PNSSAJ, PNLIS etc...) ainsi que les activités communautaires, est une stratégie qui doit être renforcée.

4.1.2 Système de partenariat et de coordination

La Direction Générale de la Santé, assure la coordination des activités des programmes dont le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) depuis 2016. L'administration, l'animation, l'appui scientifique, le suivi et l'évaluation sont assurés par la direction de coordination et le groupe scientifique d'appui.

La coordination de la lutte sera renforcée par la mise en place d'un cadre de concertation permanente avec les autres programmes de santé notamment, le Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME), le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire Adolescent et Jeune (PNSSU-AJ), le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT), etc.

Par ailleurs, le comité de pilotage déjà mis en place dans le cadre de l'organisation des campagnes de masse de distribution gratuite de MILDA sera revu et renforcé en y intégrant les ministères en charge de l'environnement, de l'assainissement, de la salubrité urbaine, de la construction et de l'urbanisme, de l'agriculture, de l'éducation nationale et l'intérieur de même que la chambre des rois et chefs traditionnels, l'Assemblée Nationale, le secteur privé des entreprises et les religieux. Ce comité de pilotage servira de cadre de partage des difficultés de mise en œuvre de plaidoyer et de prise de décisions stratégiques. Ce cadre aura une représentation au niveau de chaque district sanitaire

Pour son fonctionnement, ce comité sera présidé par Madame la Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique au niveau central et par les autorités préfectorales dans les districts. Ces comités de pilotage se réuniront deux fois l'année de façon semestrielle.

La coordination au niveau opérationnel sera renforcée par la décentralisation du PNL. Cela se fera par la mise en place d'unités de coordination pour deux régions sanitaires en dehors des deux régions d'Abidjan soit un total de neuf unités. Chaque unité sera composée d'un médecin de santé publique, d'un gestionnaire de données, d'un agent administratif et financier et d'un chauffeur doté de moyen technique et logistique. Ces unités auront pour mission d'appuyer les directions régionales et les districts dans la coordination de la mise en œuvre du PSN.

La coordination des partenaires de la lutte se fera à travers l'organisation des Task Forces nationales qui réuniront de façon semestrielle les parties prenantes pour échanger sur la mise en œuvre des interventions et prendre des décisions.

En vue de renforcer la coordination des interventions, une cartographie des partenaires techniques et financiers (PTF) de la lutte contre le paludisme dont l'OMS, UNICEF, Fonds Mondial de Lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme, PMI, MSH etc., sera réalisée. Cette cartographie sera régulièrement mise à jour et cela permettra d'éviter les duplications dans l'appui que le pays reçoit dans le cadre de la lutte. Une plateforme sera mise en place pour servir de cadre de planification et de partage des résultats.

La DC PNL renforcera et diversifiera son partenariat, à l'échelle nationale (Ministères, Conseils Généraux, Municipalités, Entreprises ...) ainsi qu'au niveau international, pour garantir un financement durable. Ce type de partenariat permettra à la Côte d'Ivoire de disposer de ressources suffisantes pour la mise en œuvre du PSN 2016-2020.

4.1.3 Approvisionnement et système de gestion des achats

Quantification

La quantification des intrants de lutte contre le paludisme (antipaludique, SP, TDR, intrants de la GE/FS) se fait avec l'appui des PTF (MSH, PNDAP, UNICEF...) sous le lead du service GAS du PNLP sur la base des données de consommation à l'aide de l'outil Excel. Cette quantification est actualisée chaque fin d'année pour l'année n+1 au cours d'un atelier. Elle est soumise à l'approbation du bailleur.

Commande ou achat

Le PNLP assure la commande des intrants et médicaments, soit directement auprès des fournisseurs agréés par le bailleur, soit à travers la N-PSP. L'ensemble de ces produits est exonéré de toute taxe et droit de douane

Stockage

La réception de ces intrants et médicaments se fait dans les magasins de la N-PSP en présence du PNLP selon le plan de livraison.

Approvisionnement

Conformément au cadre de collaboration établi avec le PNLP, la N-PSP approvisionne les pharmacies des 83 districts, les pharmacies des hôpitaux de référence et des clients directs suivant un plan d'approvisionnement mensuel sur la base des rapports de commande mais également selon un plan d'allocation soumis par le PNLP.

Distribution

La pharmacie du district sanitaire approvisionne mensuellement les ESPC, les structures sanitaires privées (lucratives et non lucratives) sur la base des données de consommation. L'infirmier responsable de l'ESPC approvisionne les ASC. Tous ces ILP sont distribués gratuitement.

Suivi

Les outils de gestion sont utilisés à tous les niveaux de la chaîne de distribution. Il s'agit de bordereau de livraison, de la fiche de stock, de la fiche d'inventaire et de la fiche de transfert. L'objectif de ces outils est de disposer en permanence des ILP pour les populations, qui vont, sans distinction d'âge ni de sexe, dans ces structures réparties sur l'étendue du territoire national pour obtenir gratuitement les services de prévention, de diagnostic et de prise en charge du paludisme grave.

La mise en place d'un mécanisme de suivi du plan d'approvisionnement, du suivi des données de consommation et de la gestion des stocks des structures périphériques permettra d'anticiper ou de contrôler la survenue du risque de ruptures des intrants. (Produits médicaux et médicaments). Un contrôle de qualité des TDR et lames sera effectué chaque semestre à partir de prélèvements d'échantillons dans les structures publiques et privées.

4.1.4 Gestion des ressources financières

La lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire bénéficie de diverses sources de financements provenant de l'Etat et des partenaires techniques financiers. Ces ressources financières sont gérées suivant les procédures nationales sous l'autorité de la DAF du MSHP. Pour le cas spécifique du Fonds Mondial, les procédures de gestion sont décrites dans le manuel de procédures de gestion financière et comptable convenu avec les bénéficiaires principaux des programmes nationaux (PNLS, PNLT, PNLP). Les autres partenaires (OMS, UNICEF, PMI, MSH etc.) appliquent les procédures de gestion propres à leur organisation. En vue d'assurer une meilleure qualité de l'exécution des dépenses, il est prévu chaque année des audits internes et externes ainsi que des missions d'inspection financière et des inventaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

4.1.5 Gestion et atténuation des risques

Dans la mise en œuvre des interventions, le Programme National de lutte contre le paludisme pourrait être confronté à divers facteurs de risques notamment :

- les ruptures intempestives en intrants à tous les niveaux ;
- la crise économique mondiale qui limite les financements de l'Etat et les engagements de certains partenaires ;
- la lourdeur administrative des procédures de déblocage des fonds et des passations de marchés au niveau de l'Etat et de certains partenaires techniques et financiers ;
- l'insuffisance de qualité des données ;
- l'insuffisance de complétude, de promptitude et de fiabilité des données.

Pour répondre à toutes ces difficultés, le PNLP dispose d'une procédure de gestion des risques basée sur l'existence des documents tels que le Règlement intérieur et le Code de bonne conduite.

Les réunions hebdomadaires de coordination avec tous les chefs de service, les réunions mensuelles de staff avec tout le personnel et les Task-forces permettent d'anticiper les risques.

La mise en place d'un mécanisme de suivi du plan d'approvisionnement, du suivi des données de consommation et de la gestion des stocks des structures périphériques permet de contrôler la survenue de ruptures des produits médicaux et des médicaments.

La formalisation et le renforcement du mécanisme de validation des données au niveau des régions sanitaires et le déploiement du logiciel DHIS2 permettront d'atténuer l'insuffisance de qualité des données. En plus les audits RDQA permettront d'atténuer l'insuffisance de complétude, de promptitude et de fiabilité des données.

4.2 Budgétisation du PSN

4.2.1 Résumé du budget du PSN 2016-2020 par intervention (incluant le Plan de S&E 2016-2020)

Tableau 8: Budget par intervention

N° Intervention	INTERVENTIONS	BUDGET PAR AN (FCFA)						Total FCFA (5 ans)	Total Euro (5 ans)	%
		2016	2017	2018	2019	2020				
1	PEC	4 753 415 218	5 456 135 596	9 541 550 783	7 014 643 652	7 238 606 863	34 004 352 112	51 839 301	13,30%	
2	LAV	24 291 225 961	6 273 478 369	36 240 230 556	60 677 715 345	44 856 456 210	172 339 106 442	262 729 274	67,42%	
3	PFE	353 180 764	338 563 304	739 728 303	532 035 960	266 043 060	2 229 551 391	3 398 929	0,87%	
4	Promotion de la Santé	744 724 496	896 597 713	6 784 870 395	6 682 082 312	6 667 989 812	21 776 264 727	33 197 702	8,52%	
5	Gestion Programmatique	2 206 350 962	1 461 224 627	1 509 570 005	1 963 548 642	1 184 284 227	8 324 978 463	12 691 348	3,26%	
6	GAS	1 231 225 459	1 049 846 939	2 934 174 764	2 069 541 735	1 284 496 610	8 569 285 507	13 063 792	3,35%	
7	SSE&RO (Plan S&E 2016-2020)	2 747 625 585	2 750 690 990	1 222 819 430	580 780 360	1 069 173 725	8 371 090 090	12 761 645	3,27%	
	TOTAL PSN 2020-2020	36 327 748 445	18 226 537 539	58 972 944 236	79 520 348 006	62 567 050 507	255 614 628 732	389 681 989	100,00%	

4.2.2 Résumé du budget du PSN 2016-2020 par catégorie de coût

Tableau 9: budget par Catégorie de cout

N° Catégories de	CATEGORIES DE COUT	BUDGET PAR AN (FCFA)						Total FCFA (5 ans)	Total Euro (5 ans)	%
		2016	2017	2018	2019	2020				
1	Communication	729 746 098	880 631 598	3 800 046 209	3 725 446 209	3 711 353 709	12 847 223 823	19 585 466	5,03%	
2	Coûts de gestion des achats et des stocks (GAS)	1 501 468 837	1 303 395 547	1 449 181 842	1 518 577 473	1 563 532 348	7 336 156 047	11 183 898	2,87%	
3	Formation	1 018 011 414	229 110 864	3 958 119 141	1 527 783 463	1 248 323 488	7 981 348 369	12 167 487	3,12%	
4	Frais fixes	187 785 380	187 785 380	187 785 380	187 785 380	187 785 380	938 926 901	1 431 385	0,37%	
5	Infrastructure et autres équipements	352 264 579	72 619 762	2 124 593 469	1 053 639 579	71 764 579	3 674 881 966	5 602 321	1,44%	
6	planification et administration	3 311 481 307	6 717 792 982	12 233 027 223	13 015 432 449	16 553 695 667	51 831 429 629	79 016 505	20,28%	
7	Produits et équipements médicaux	24 350 430 500	2 830 831 155	28 559 656 982	52 471 734 691	32 362 683 137	140 575 336 464	214 305 719	55,00%	
8	Produits pharmaceutiques	1 677 328 873	2 760 268 389	4 444 992 771	4 439 066 004	4 798 636 075	18 120 292 113	27 624 207	7,09%	
9	Ressources humaines	310 186 510	310 186 510	310 186 510	310 186 510	310 186 510	1 550 932 549	2 364 381	0,61%	
10	Suivi et évaluation	2 889 044 947	2 933 915 351	1 905 354 710	1 270 696 248	1 759 089 614	10 758 100 871	16 400 619	4,21%	
	Total	36 327 748 445	18 226 537 539	58 972 944 236	79 520 348 006	62 567 050 507	255 614 628 732	389 681 989	100,00%	

4.2.3 Plan de mobilisation des ressources

La mobilisation de ressources financières se fera à travers un plaidoyer constant envers les institutions nationales et internationales afin d'obtenir leur engagement dans la lutte contre le paludisme à tous les niveaux. La stratégie de plaidoyer développée prendra en compte les acteurs majeurs de la lutte contre le paludisme. Elle se construira autour des cibles identifiées comme essentielles à la réalisation des objectifs du PNLP à savoir les leaders politiques, les ministères clés, les partenaires et les institutions financières nationales et internationales, le secteur privé, les leaders communautaires et les partenaires d'exécution.

En ce qui concerne le plaidoyer envers le secteur public, la stratégie consistera à l'élaboration ou l'ajustement des politiques et des lois essentielles à la bonne mise en œuvre des stratégies du PNLP. Le plaidoyer du Ministère en charge de la Santé auprès du gouvernement devra aboutir à la hausse du budget alloué à la lutte contre le paludisme. Aussi, d'importants investissements seront-ils attendus de la part des partenaires stratégiques pour la pré-élimination et l'élimination du paludisme en Côte d'Ivoire. La DC- PNLP leur fera appel pour renforcer la volonté collective, mobiliser et sensibiliser de nouveaux partenaires. Le secteur privé sera sollicité comme un partenaire essentiel de développement dans le cadre de la pérennisation du financement de la lutte.

Le plaidoyer sera soutenu par le plan stratégique 2016-2020 qui décrit le cadre de mise en œuvre des différentes stratégies. Le système de contrôle et d'audits interne et externe du cadre stratégique sera renforcé pour garantir la bonne gouvernance et la transparence.

N°	Source de financement	2016		2017		2018		2019		2020	
		Montant FCFA	Montant Euros	Montant FCFA	Montant Euros	Montant FCFA	Montant Euros	Montant FCFA	Montant Euros	Montant FCFA	Montant Euros
1	BGF	2 628 282 627	4 006 791	3 067 420 143	4 676 252	4 855 888 170	7 402 754	5 375 741 592	8 195 265	5 486 710 606	8 364 4
2	Fonds Mondial	32 955 061 107	50 239 667	12 201 789 980	18 601 509	17 016 719 461	25 941 822	37 907 084 390	57 788 978	17 964 245 553	27 386 3
3	PMI					14 952 765 464	22 795 344	11 962 212 240	18 236 275	11 962 212 240	18 236 2
4	OMS					50 818 770	77 473	44 946 379	68 520		
5	UNICEF	37 589 920	57 305	43 619 360	66 497	50 000 000	76 225	60 000 000	91 469	70 000 000	10 714
	Financement Total PSN 2016-2020	35 583 343 734	54 303 763	15 312 829 483	23 344 258	36 926 191 865	56 293 617	55 349 984 601	84 380 508	35 483 168 399	54 093 7
	Budget PNS 2016-2020	36 327 748 445	55 381 295	18 226 537 539	27 786 177	58 972 944 236	89 903 674	79 520 348 006	121 227 989	62 567 050 507	95 382 8
	GAP de financement du PNS 2016-2020	744 404 711	1 077 533	2 913 708 055	4 441 919	22 046 752 370	33 610 057	24 170 363 405	36 847 481	27 083 882 108	41 289 1
	% GAP	2%		16%		37%		30%		43%	

*

PLAN DE TRAVAIL DU PSN 2016-2020

						INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	RESPON SABLE	AUTRES STRUCTURES CONCERNEES	BUDGET EURO	SOURCE DE VERIFICA TION
	2016	2017	2018	2019	2020					
	1.Prise en charge des cas de paludisme									51 839
1.1. Accès universel au Diagnostic parasitologique								26 496 563		
1.1.1. Au niveau des FS publiques								15 772 667		
Organiser des sessions de formation des formateurs des ERS et des D par les formateurs du niveau central sur les directives de PEC	X					Nombre de citateurs formés	MSLS/PNLP	DDS	89 018	Rapport d'activité
Organiser des sessions de formation des agents des programmes de é aux directives nationales de PEC du paludisme	X		X			Nombre de citateurs formés	MSLS/PNLP	DDS	11 523	Rapport d'activité
Organiser des sessions de formation des formateurs de l'INFAS par les mateurs du niveau central sur les directives de PEC	X		X			Nombre de citateurs formés	MSLS/PNLP	DDS	51 855	Rapport d'activité
Mettre a niveau les agents des Formations Sanitaires Publiques par uipe cadre de districts (ECD) sur les nouvelles directives de PEC mbres d'agents a definir)	X	X	X			Nombre de citateurs formés	MSLS/PNLP	DDS	1 851 791	Rapport d'activité
Mettre a niveau les points focaux pharmacovigilance des districts itaires par le niveau central			X			Nombre de citateurs formés	MSLS/PNLP	DDS	35 722	Rapport d'activité
Organiser une réunion trimestrielle régionale tournante de deux jours points focaux pharmacovigilance			X	X	X	Nombre de citateurs formés	MSLS/PNLP	DDS	9 363	Rapport d'activité

Mettre a niveau les agents des hopitaux de références par l'équipe cadre Districts (ECD) sur les nouvelles directives de PEC (nombres d'agents à définir)	X		X			Nombre de prestataires formés	MSLS/PNLP	DDS	548 660	Rapport d'activité
Mettre a niveau les agents des laboratoires des formations Sanitaires publiques par le niveau central sur les nouvelles directives de PEC (nombres d'agents à définir)	X		X			Nombre de prestataires formés	MSLS/PNLP	DDS	15 941	Rapport d'activité
Organiser 01 campagne par trimestre de prise en charge du paludisme 03 jours dans les quartiers précaires d'Abidjan par le niveau central	X	X	X	X	X	Nombre de patients en charge	MSLS/PNLP	DDS	325 607	Rapport d'activité
Organiser 01 campagne par trimestre de prise en charge du paludisme 03 jours dans les quartiers précaires de San Pédro par le niveau central	X	X	X	X	X	Nombre de patients en charge	MSLS/PNLP	DDS	73 141	Rapport d'activité
Organiser 01 séance de stratégie avancée par semestre dans 78 Districts sanitaires (83-5 DS d'Abidjan)	X	X	X	X	X	Nombre de patients en charge	MSLS/PNLP	DDS	3 448 195	Rapport d'activité
Acquerir des TDR via PPM pour le diagnostic biologique dans les centres de santé publics y compris dans les hopitaux de references pour faire face aux urgences	X	X	X	X	X	Nombre de TDR acquis	MSLS/PNLP	NPSP/ Système d'achat M	4 584 848	Factures/bon de livraison
Acquerir via UNICEF des kits de réactif de laboratoire pour le diagnostic biologique du paludisme	X	X	X	X	X	Nombre de kits acquis	MSLS/PNLP	NPSP/ Unicef	754 834	Factures/bon de livraison
Acquerir via UNICEF des gants latex pour examen paquet de 100 (pour ECADOM et structures sanitaires)	X	X	X	X	X	Nombre de gants acquis	MSLS/PNLP	NPSP/ Unicef	1 116 300	Factures/bon de livraison
Organiser des EPU sur les directives de lutte contre le paludisme à attention prestataires des CHU + ARMEES + EPN + SSSU (pédiatrie, médecine, gynécologie)	X	X			X	Nombre de prestataires formés	MSLS/PNLP	DDS	118 558	Rapport d'activités
Acquérir des Hémoglobinomètres et des micropipettes pour le diagnostic de l'anémie dans les ESPC		X	X			Nombre de Hémoglobinomètres et des micropipettes acquis	MSLS/PNLP	PNLP/Ministère Santé	847 185	Factures/bon de livraison
Acquérir des microscopes pour le diagnostic du paludisme	X		X			Nombre de microscopes acquis	MSLS/PNLP	NPSP/ Unicef	474 679	Factures/bon de livraison
Assurer la maintenance des microscopes	X	X	X	X	X	Nombre de microscopes et autres réparés	MSLS/PNLP	NPSP/ Unicef	62 781	Factures

Assurer le controle qualité du diagnostic biologique (TDR et GE/FS)	X	X	X	X	X	Niveau de performance du diagnostic biologique	MSLS/PNLP	NPSP/ Système d'achat M	13 720	Factures
Organiser les supervisions semestrielles des laboratoires des hopitaux de référence et autres structures réalisant la GE/FS	X	X	X	X	X	Nombre de prestataires supervisés	MSLS/PNLP	DDS	263 897	Rapport d'activités
Elaborer et valider un manuel de référence pour la formation des praticiens de médecine traditionnelle sur le paludisme			X			Nombre d'ateliers organisés	MSLS/PNLP/NPSP	Direction de la médecine traditionnelle	16 645	Rapport d'activités
Elaborer et valider le paquet minimum d'activité pour les centres de médecine traditionnelle sur le paludisme			X			Nombre d'ateliers organisés	MSLS/PNLP/NPSP	Direction de la médecine traditionnelle	16 645	Rapport d'activités
Former 83 points focaux de médecine traditionnelle des districts ruraux sur l'encadrement des praticiens de médecine dans la lutte contre le paludisme			X			Nombre de prestataires formés	MSLS/PNLP	Direction de la médecine traditionnelle	23 911	Rapport d'activités
Former au niveau district 2075(25 par DDS) praticiens de médecine traditionnelle à impliquer dans la lutte contre le paludisme			X			Nombre de prestataires formés	MSLS/PNLP	Direction de la médecine traditionnelle	597 772	Rapport d'activités
Organiser une supervision semestrielle des 83 Points Focaux districts de médecine traditionnelle par le niveau central			X	X	X	Nombre de prestataires supervisés	MSLS/PNLP	Direction de la médecine traditionnelle	131 948	Rapport d'activités
Organiser une supervision semestrielle des 1260 praticiens de la médecine traditionnelle par les DS			X	X	X	Nombre de prestataires supervisés	MSLS/PNLP	Direction de la médecine traditionnelle	288 129	Rapport d'activités
Organiser XX réunions de suivies (praticiens+ ECD) sur les interventions de praticiens de medecine traditionnelle			X	X	X	Nombre de reunions organisées	MSLS/PNLP	Direction de la médecine traditionnelle	-	Rapport d'activités
1.1.2. Au niveau des FS privées									616 562	
Mettre à niveau les agents des laboratoires des formations Sanitaires privées d'Abidjan et l'intérieur du pays sur les nouvelles directives de PEC (nombre d'agents à définir)			X			Nombre de prestataires formés	MSLS/PNLP	CECI/ACPCI	-	Rapport de formation
Mettre à niveau les 230 prestataires du secteur privé non lucratif par le biais de formateurs du niveau central en 8 sessions de 30 personnes par session	X	X	X			Nombre de prestataires formés	MSLS/PNLP	CECI/ACPCI	66 259	Rapport de formation

Mettre à niveau les 150 prestataires du secteur privé lucratif par le pool formateurs du niveau central en 6 sessions de 30 personnes par vague	X	X	X			Nombre de prestataires formés	MSLS/PNLP	CECI/ACPCI	43 212	Rapport de formation
Organiser des sessions de formation des gestionnaires en pharmacie des cliniques privées sur la gestion des ILP			X	X		Nombre de prestataires formés	MSLS/PNLP	CECI/ACPCI	28 808	Rapport de formation
Acquerir via PPM des TDR pour le diagnostic biologique dans le privé lucratif	X	X	X	X	X	Nombre de TDR soumis	MSLS/PNLP	NPSP/ Système d'achat M	289 911	Factures et bordereaux raison
Organiser des EPU sur les directives de lutte contre le paludisme à l'attention des pharmaciens des officines privées	X	X			X	Nombre de prestataires formés	MSLS/PNLP	CECI/ACPCI	-	Rapport de formation
Apporter un appui à la coordination de la CECI et de l'ACPCI des interventions de lutte contre le paludisme dans le secteur privé	X	X			X	Nombre de réunions organisées	MSLS/PNLP	CECI/ACPCI	32 319	Rapport d'activité
Superviser trimestriellement les entreprises privées par le pool de superviseurs nationaux	X	X			X	Nombre de prestataires supervisés	MSLS/PNLP	CECI/ACPCI	27 990	Rapport d'activité
Superviser trimestriellement les cliniques privées par le pool de superviseurs nationaux	X	X			X	Nombre de prestataires supervisés	MSLS/PNLP	CECI/ACPCI	62 580	Rapport d'activité
Organiser des réunions trimestrielles de validation des données pour les prestataires des structures privées par la coordination du PNLP	X	X			X	Nombre de réunions organisées	MSLS/PNLP	CECI/ACPCI	65 482	Rapport d'activité
1.1.3. Au niveau communautaire									10 107 333	
Former 1800 ASC (50 ASC par DS) dans les 36 DS PECADOM diarrhée par l'ECD (12 DS en A1 et 24 DS en A2) en 72 sessions à raison de 25 participants par DS (25 participants Formateurs + 1 Superviseur + 1 Chauffeur + 1 Secrétaire)	X		X			Nombre d'ASC formés	MSLS/PNLP	DDS/ UNICEF/SAVE	731 786	Rapport de formation
Former 750 ASC dans les DS PECADOM Palu+Diarrhée par l'ECD en 2 sessions (15 sessions en T1 de l'An2 et 15 autres en T2 de l'An2) à raison de 25 participants par DS (25 participants + 2 Formateurs + 1 Superviseur + 1 chauffeur + 1 Secrétaire) par DS	X		X		X	Nombre d'ASC formés	MSLS/PNLP	DDS/ UNICEF/SAVE	609 822	Rapport de formation

Former 312 ASC dans les 09 DS ICCM en 18 sessions à la 2ème année Mission 2 vagues de formation de 5 jours de 30 participants par DS (25 participants + 2 Formateurs + 1 Superviseur + 1 Chauffeur + 1 Secrétaire)	X		X		X	Nombre d'ASC nés	MSLS/PNLP	DDS/ UNICEF/SAVE	126 843	Rapport de formation
Organiser les cérémonies d'installation des 750 ASC CADOM/PCIMEcom) dans les 15 districts par le niveau central (50 C/DS)	X		X		X	Nombre d'ASC nés	MSLS/PNLP	DDS/ UNICEF/SAVE	48 869	Rapport d'activité
Acquérir via UNICEF 27 motos pour les IDE superviseur		X	X			Nombre de motos nis	MSLS/PNLP	DDS/ UNICEF	64 427	Factures et bordereaux vraison
Recruter un Consultant international pour appuyer le PNLP dans la mise œuvre de la PECADOM et ICCM (validation des documents normatifs, ching et monitoring des activités)	X	X	X			Nombre de ultant recrutés	MSLS/PNLP	DDS/ UNICEF	49 761	Rapport d'activité
Recruter un Consultant national pour appuyer le PNLP dans la mise en œuvre de la PECADOM et ICCM (validation des documents normatifs, ching et monitoring des activités)		X	X			Nombre de ultant recrutés	MSLS/PNLP	DDS/ UNICEF	10 976	Rapport d'activité
Doter les 2 025 ASC via UNICEF en kits de dispensation des CTA au niveau communautaire PECADOM plus ICCM	X	X			X	Nombre de Kits nis	MSLS/PNLP	DDS/ UNICEF/SAVE	65 881	Factures et bordereaux vraison
Acquérir via UNICEF les kits des 5637 ASC (sac, chasuble, badge) des 78 Districts	X	X			X	Nombre de Kits nis	MSLS/PNLP	DDS/ UNICEF/SAVE	378 116	Factures et bordereaux vraison
Doter via UNICEF les 2025 ASC en vélos:	X	X			X	Nombre de vélos nis	MSLS/PNLP	DDS/ UNICEF/SAVE	644 516	Factures et bordereaux vraison
Organiser les supervisions mensuelles des ASC (Dotation en forfait durant et collation pour l'infirmier superviseur)	X	X			X	Nombre de ASC rvisés	MSLS/PNLP	DDS/ SAVE	859 355	Rapport d'activité
Organiser une réunion semestrielle ASC impliqués dans la PECADOM et ICCM	X	X			X	Nombre de reunion ASC organisées	MSLS/PNLP	DDS/ SAVE	4 759 280	Plan d'action
Acquérir via PPM des TDR pour le diagnostic biologique dans la communauté	X	X	X	X	X	Nombre de TDR nis	MSLS/PNLP	Ministère de l'intérieur	255 381	Factures et bordereaux vraison
Acquérir CTA pour le volet communautaire	X	X	X	X	X	Nombre de CTA nis	MSLS/PNLP	NSPS/Agent d'achat	1 502 318	Factures et bordereaux vraison

1.2. Accès universel à un traitement antipaludique efficace									25 342	
1.2.1. Au niveau des FS publiques									24 362	
Acquerir CTA	X	X			X	Nombre de CTA is	MSLS/PNLP	NSPS/Agent d'achat	11 334 182	Factures et bordereaux vraison
Acquerir CTA pour la PEC du paludisme grave	X	X			X	Nombre de CTA is	MSLS/PNLP	NPSP/Ministère de nomie	13 028 166	Factures et bordereaux vraison
1.2.2. Au niveau des FS privées									446 041	
Acquerir CTA (Privé non lucratif)	X	X			X	Nombre de CTA is	MSLS/PNLP	NSPS/Agent d'achat	446 041	Factures et bordereaux vraison
1.2.3. Au niveau communautaire									534 349	
Acquerir via UNICEF des flacons de paracetamol sirop de 60 ml	X	X			X	Nombre de cetzmol acquis	MSLS/PNLP	NPSP/Unicef	534 349	Factures et bordereaux vraison
2. Lutte Anti-Vectorielle									262 729 274	
2.1. Accès Universel aux MILDA									109 749 329	
2.1.1. MILDA en routine chez enf<5 ans (0-59 mois) et femme enceinte									20 474 323	
Acquerir des MILDA pour la distribution en routine	X	X	X	X	X	Nombre de MILDA is	MSLS/PNLP	NPSP/Unicef	15 230 446	Factures et bordereaux vraison
Acheminer les MILDA volet public au niveau des chefs-lieux des 83 S	X	X	X	X	X	Nombre de MILDA minées	MSLS/PNLP	NPSP	948 995	Factures et bordereaux vraison
Acheminer les MILDA volet public des DDS aux centres de santé	X	X	X	X	X	Nombre de MILDA minées	MSLS/PNLP	NPSP	3 855 055	Factures et bordereaux vraison
Visiter les ESPC dans les 83 DS pour le suivi de la distribution des LDA	X	X	X	X	X	Nombre visites tuées	MSLS/PNLP	DDS	439 828	Rapport d'activité
2.1.2. MILDA en campagne									89 275 005	

Acquerir les moustiquaires de la campagne de masse de 2017	X			X		Nombre de villages liqués	MSLS/PNLP	UNICEF/DDS	76 268 495	Factures et bordereaux raison
Mettre en œuvre la campagne de masse de 2017		X			X	Nombre de réunions nisées	MSLS/PNLP	UNICEF/DDS	13 006 510	Rapport d'activité
2.2. PID (AID)									103 538 400	
2.2.1.									103 538 400	
Recruter un consultant pour l'élaboration du PAO de la PID			X			Nombre consultant té	MSLS/PNLP	UNICEF/DDS	16 587	Rapport d'activité
Organiser un atelier de validation du PAO			X			Nombre de réunions nisées	MSLS/PNLP	Unicef/DDS/OMS	11 096	Rapport d'activité
Organiser des sessions de formation des agents pulvérisateurs			X			Nombre de réunions nisées	MSLS/PNLP	DDS	1 418 790	Rapport d'activité
Organiser des sessions de formation des agents mobilisateurs			X			Nombre de réunions nisées	MSLS/PNLP	DDS	1 418 790	Rapport d'activité
Organiser des opérations de pulvérisation intra-domiciliaire			X			Nombre de réunions nisées	MSLS/PNLP	DDS	12 703 080	Rapport d'activité
PID: Réserve			X			Quantité d'intrant is	MSLS/PNLP	DDS	1 981 950	Rapport d'activité
Acquerir les intrants de la PID			X	X	X	Quantité d'intrant is	MSLS/PNLP	DDS	84 117 330	Factures et bordereaux raison
Réaliser une enquête post PID			X	X	X	Nombre de personnes ées	MSLS/PNLP	DDS	557 484	Rapport d'activité
Mener des activités d'IEC/CCC pour l'adhésion de la population aux rations de PID			X	X	X	Nombre de kits is	MSLS/PNLP	DDS	882 540	Rapport d'activité
Conduire le suivi entomologique			X	X	X	Nombre de ontres organisées	MSLS/PNLP	DDS	430 752	Rapport d'activité
2.3. Lutte Aanti Larvaire (LAL)									47 690 850	

2.3.1. Lutte chimique									47 690 850	
Recruter une équipe régionale d'appui pour l'élaboration du document de la LAL			X		X	Nombre d'ateliers organisés	MSLS/PNLP	DR/DDS	75 462	Rapport d'activité
Recruter une équipe locale d'appui pour l'élaboration du document de la LAL			X			Nombre d'ateliers organisés	MSLS/PNLP	DR/DDS	396 749	Rapport d'activité
Acquerir les intrants pour la LAL			X			Quantité d'intrants	MSLS/PNLP	DR/DDS	27 565 107	Factures et bordereaux de livraison
Mener des activités d'IEC/CCC pour l'implication de la population aux opérations de LAL			X	X	X	Nombre de personnes sensibilisées	MSLS/PNLP	DR/DDS	12 143 670	Rapport d'activité
Organiser des sessions de formation des agents pulvérisateurs			X	X	X	Nombre d'agents formés	MSLS/PNLP	DR/DDS	1 408 629	Rapport de formation
Organiser des sessions de formation des agents mobilisateurs			X	X	X	Nombre d'agents formés	MSLS/PNLP	DR/DDS	1 408 629	Rapport de formation
Mettre en œuvre la LAL (destruction physique, chimique et biologique des gîtes larvaires)			X	X	X	Nombre de gîtes larvaires traités	MSLS/PNLP	DR/DDS	2 109 273	Rapport d'activité
Réaliser une enquête entomologique post LAL			X	X	X	Nombre de gîtes larvaires traités	MSLS/PNLP	DR/DDS	489 159	Rapport d'enquête
Conduire une campagne de démonstration			X	X	X	Nombre de gîtes larvaires traités	MSLS/PNLP	DR/DDS	2 094 173	Rapport d'activité
2.4. Assainissement du cadre de vie									1 750 696	
2.4.1.									1 750 696	
Recruter de 2 OBC OBF par DS pour l'assainissement du cadre de vie (destruction physique des gîtes larvaires)			X	X	X	Nombre de OBC recrutés	MSLS/PNLP	DR/DD/SAVE	1 750 696	Rapport d'activité

3.Prévention du Paludisme chez la femme enceinte										3 398 929	
3.1. Traitement Préventif Intermittent (TPI)										3 398 929	
3.1.1.										3 398 929	
Contratualiser avec une structure pour l'envoi de SMS pour l'amélioration de la couverture en SP	X	X	X	X	X	Nombre de SMS envoyés	MSLS/PNLP	SAVE		766 893	Rapport d'activité
Assurer le suivi de l'acheminement des intrants du TPI dans les Districts	X	X	X	X	X	Nombre d'intrants minés	MSLS/PNLP	DD/NPSP/UNICEF		0	Bon de livraison
Doter les centres de santé en gobelet d'eau à usage unique pour la dispensation de SP	X	X	X	X	X	Nombre de gobelets distribués	MSLS/PNLP	DD/NPSP/UNICEF		707 030	Bon de livraison
Renforcer les capacités des ASC pour l'administration de la SP en stratégie DOT aux femmes enceintes perdues de vue	X	X	X	X	X	Nombre de ASC formés	MSLS/PNLP	DDS		1 145 856	Rapport d'activité
Doter les ASC en SP pour l'administration en stratégie DOT aux femmes enceintes perdues de vue	X	X	X	X	X	Nombre de ASC administrées	MSLS/PNLP	NPSP/DDS		779 151	Bon de livraison
4. Promotion de la Santé										33 197 702	
4.1. Plaidoyer										26 520 001	
4.1.1.										26 520 001	
Organiser des rencontres annuelles de plaidoyer auprès des chefferies dans les 83 districts sanitaires	X	X	X	X	X	Nombre de réunions organisées	MSLS/PNLP	SAVE/DDS		9 565 871	Rapport d'activité
Organiser une reunion annuelle de plaidoyer auprès des leader religieux	X	X	X	X	X	Nombre de réunions organisées	MSLS/PNLP	SAVE/DDS		227 759	Rapport d'activité
Organiser une reunion annuelle de plaidoyer auprès des leaders politiques, administratifs religieux traditionnels au niveau Regional	X	X	X	X	X	Nombre de réunions organisées	MSLS/PNLP	SAVE/DDS		455 518	Rapport d'activité
Organiser une reunion annuelle de plaidoyer auprès des leaders politiques, administratifs religieux traditionnels au niveau Districts	X	X	X	X	X	Nombre de réunions organisées	MSLS/PNLP	SAVE/DDS		16 170 877	Rapport d'activité
Mettre en place un cadre de concertation au niveau des collectivités locales en vue de la mobilisation des ressources, organisation des campagnes communales dans les districts Sanitaires	X	X	X	X	X	Nombre de réunions organisées	MSLS/PNLP	SAVE/DDS		0	Rapport d'activité

Organiser les reunions semestrielles de concertation des collectivités locales et operateurs économiques en vue de la mobilisation des ressources, organisation des campagnes d'actions communes dans les districts Sanitaires	X	X	X	X	X	Nombre de réunions organisées	MSLS/PNLP	SAVE/DDS	94 900	Rapport d'activité
Organiser une table ronde de plaidoyer auprès des structures privées en vue de mobiliser les ressources pour la lutte contre la paludisme	X	X	X	X	X	Nombre de réunions organisées	MSLS/PNLP	Structures de recherche	5 077	Rapport d'activité
4.2. Communication (CCC)									2 357 393	
4.2.1.									2 357 393	
Contractualiser avec une structure de communication pour la conception des spots radio et télévision pour la conception et la production des spots radio et télévisions sur les moyens de sensibilisation sur la prévention et la lutte contre le Paludisme	X	X	X	X	X	Nombre de consultants recrutés	MSLS/PNLP	Partenaires	15 245	Rapport d'activité
Diffuser trimestriellement 60 spots TV pour la promotion des activités de lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X	Nombre de spots diffusés	MSLS/PNLP	Service communication Ministère Santé	732 000	Facture et plan media
Diffuser annuellement des spots sur les 3 radios confessionnelles pour la promotion des activités de lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X	Nombre de spots diffusés	MSLS/PNLP	Service communication Ministère Santé	500 795	Facture et plan media
Diffuser annuellement des spots TV sur la télé confessionnelle Benie pour la promotion des activités de lutte contre le paludisme	X	X	X	X		Nombre de spots diffusés	MSLS/PNLP	Service communication Ministère Santé	111 288	Facture et plan media
Diffuser annuellement 120 spots à la Radio Nationale pour la promotion des activités de lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X	Site web fonctionnel	MSLS/PNLP	Service communication Ministère Santé	55 644	Facture et plan media
Animer le site Web du PNLP	X	X	X	X	X	Site web fonctionnel	MSLS/PNLP	Service communication Ministère Santé	1 143	Facture
Contractualiser avec une structure d'appui à la CECI pour la supervision de la collecte de données dans 100 entreprises (Entreprises et Agences) liées à la CECI sur le paludisme			X	X	X	Nombre de réunions organisées	MSLS/PNLP	CECI	243 918	Rapport d'activité
Impliquer d'autre entreprises dans la lutte contre le paludisme	X		X	X	X	Nombre d'ateliers organisés	MSLS/PNLP	CECI	0	Rapport d'activité

Organiser annuellement 1 campagne de sensibilisation en Milieu scolaire dans un district sanitaire	X		X	X	X	Nombre d'ateliers organisés	MSLS/PNLP	DDS/SAVE/Ministère éducation nationale	112 826	Rapport d'activité
Faire un plaidoyer auprès du ministère de l'éducation pour l'intégration du paludisme dans le curricula de la classe de CE à la Terminale	X		X	X	X	Nombre d'ateliers organisés	MSLS/PNLP	DDS/SAVE/Ministère éducation nationale	0	Rapport d'activité
Organiser 3 ateliers d'élaboration et de validation des manuels de formation des enseignants et élèves sur le paludisme	X		X	X	X	Nombre d'ateliers organisés	MSLS/PNLP	DDS/SAVE/Ministère éducation nationale	27 741	Rapport d'activité
Reproduire le manuel de formation	X		X	X	X	Nombre de manuels produits	MSLS/PNLP	DDS/SAVE/Ministère éducation nationale	0	Facture bon de livraison
Récruter un consultant pour la révision et l'harmonisation des messages et adaptation des supports de communication	X		X	X	X	Nombre de consultants recrutés	MSLS/PNLP	DDS/SAVE/Ministère éducation nationale	1 829	Rapport d'activité
Organiser un atelier d'harmonisation des messages et adaptation des supports de communication prenant en compte les praticiens de médecine traditionnelle (réunion de 25 personnes)	X		X	X	X	Nombre d'ateliers organisés	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Ministère éducation nationale	23 118	Facture et rapport d'activité
Réaliser un Pre test des supports de communication d'harmonisation des messages	X		X			Nombre de véhicules utilisés	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Ministère éducation nationale	3 686	Rapport d'activité
Organiser un atelier d'élaboration des messages cibles élèves et lycéens		X				Nombre de conseillers coachés	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Ministère éducation nationale	11 096	Rapport d'activité
Conception et réalisation de support de sensibilisation sur la gratuité	X	X	X	X	X	Nombre de réunions organisées	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	3 811	Rapport d'activité
Production de Dépliants (CTA)	X	X	X	X	X	Nombre d'outils produits	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	1 677	Factures et bureaux de livraison

Production de Dépliants (TPI)	X	X	X	X	X	Nombre de personnes ées	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	1 677	Factures et bureaux de livraison
Production de Dépliants (MILDA)	X	X	X	X	X	Nombre de rapports produits	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	1 677	Factures et bureaux de livraison
Affiches protocoles	X	X	X	X	X	Nombre de rapports produits	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	1 677	Factures et bureaux de livraison
Affiches MILDA	X	X	X	X	X	Disponibilité du de renforcement	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	6 098	Factures et bureaux de livraison
Affiches TPI	X	X	X	X	X	Nombre de nation réalisée	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	6 098	Factures et bureaux de livraison
Affiches sur la PID	X	X	X	X	X	Nombre de sultants recrutés	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	6 098	Factures et bureaux de livraison
Boîtes à images	X	X	X	X	X	Nombre de onnes ayant icipés aux férences	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	87 636	Factures et bureaux de livraison
Supports de collecte des données communautaires	X	X	X	X	X	Nombres de onnes recrutées	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	42 968	Factures et bureaux de livraison
Conception Affiches et Depliants	X	X	X	X	X	Nombre de onnes ayant perçu rime	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	4 573	Factures et bureaux de livraison
Duplication CD	X	X	X	X	X	Nombre de CD liqués	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	305	Factures et bureaux de livraison
Formation des entreprises	X	X	X	X	X	Nombres repises formées	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	0	Rapport de nation

Formations relais communautaires	X	X	X	X	X	Nombre de relais nés	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	0	Rapport de ation
Sensibiliser les chefs de ménage, les femmes enceintes, les personnes en ge des enfants de moins de 5ans, les praticiens de médecine itionnelle et les maris modèles (PSNME: école des maris) sur la lutte tre le paludisme dans 4 DDS	X	X	X	X	X	Nombre de ulation sensibilisées	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	0	Rapport d'activité
Organiser des activités de proximité à l'endroit des femmes (groupement de femmes)	X	X	X	X	X	Nombre de ulation sensibilisées	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	0	Rapport d'activité
Concevoir et faire la pause des panneaux de sensibilisation sur le paludisme	X	X	X	X	X	Nombre de panneaux conçu et és	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	101 226	Factures/bon de raison
Contractualiser avec les entreprises publicitaires pour la sensibilisation à travers les écrans publicitaires	X	X	X	X	X	Nombre de panneaux conçu et és	MSLS/ PNLP	DDS/SAVE/Partenaires	251 541	Factures/bon de raison
4.3. Mobilisation Sociale									4 320 308	
4.3.1.									4 320 308	
Organiser annuellement la cérémonie officielle de la journée mondiale de lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X	Nombre de personnes exposées aux sages	MSLS/ PNLP	Cabinet / Partenaires	47 163	Rapport d'activité
Organiser des caravanes de sensibilisation sur le paludisme	X	X	X	X	X	Nombre de personnes exposées aux sages	MSLS/ PNLP	Cabinet / Partenaires	609 796	Rapport d'activité
Organiser des sensibilisations de masse dans les lieux publics	X	X	X	X	X	Nombre de personnes exposées aux sages	MSLS/ PNLP	Cabinet / Partenaires	3 163 317	Rapport d'activité

Organiser une campagne de sensibilisation lors des activités communautaires (1/an) par district	X	X	X	X	X	Nombre de personnes exposées aux messages	MSLS/ PNLP	Cabinet / Partenaires	500 033	Rapport d'activité
5.Gestion Programmatique									12 691 348	
5.1. Renforcement des capacités institutionnelles et gestionnaires (Plan de travail, ressources humaines, formations, documents normatifs, planification, mise en oeuvre)									5 547 769	
5.1.1.									5 547 769	
Réaliser une mission d'inventaire des équipements	X	X	X	X	X	Fichier mobilisation à jour	MSLS/ PNLP	GFA	50 013	Rapport d'activité
Réaliser des missions semestrielles de la gestion financière en direction des bénéficiaires et des directions départementales et régionales			X	X	X	Nombre de réunions organisées	MSLS/ PNLP		147 664	Rapport d'activité
Réaliser l'audit annuel du projet	X	X	X	X	X	Nombre de tables de concertation organisées	MSLS/ PNLP	GFA	137 204	Rapport d'activité
Organiser des ateliers de révision et de validation du manuel de procédure de gestion du programme		X	X			Nombre de réunions organisées	MSLS/ PNLP	GFA	8 322	Rapport d'activité
Organiser un atelier d'orientation pour les Gestionnaires des districts sur les procédures financières			X			Nombre de réunions organisées	MSLS/ PNLP	DR/DDS	23 911	Rapport d'activité
Assurer la remise à niveau de l'équipe finance sur le Logiciel Tompro	X	X			X	Nombre de réunions organisées	MSLS/ PNLP	AGOSOFT	16 769	Facture et rapport d'activité
Acquérir des logiciels de gestion pour les ONG et réseaux nationales bénéficiaires des PTF	X	X			X	Nombre de personnes impliquées	MSLS/ PNLP	SAVE	0	Facture et rapport d'activité
Renforcer les capacités de Gouvernance et de gestion des ONG engagés dans la lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X	Nombre de réunions organisées	MSLS/ PNLP	SAVE	0	Rapport d'activité

Participer aux conférences internationales, ateliers et échanges d'expériences	X	X	X	X	X	Nombre de sessions organisées	MSLS/ PNLP		86 223	Rapport d'activité
Rémunérer les ressources humaines recrutées pour la gestion financière de la subvention	X	X	X	X	X	Personnes recrutées	MSLS/ PNLP		1 645 291	Bulletin de salaire
Assurer le paiement de la motivation du personnel fonctionnaire	X	X	X	X	X	Nombre d'ateliers organisés	MSLS/ PNLP		580 361	Etat de paiement
Régler les frais d'assurance des ressources humaines recrutées pour la gestion financière de la subvention	X	X	X	X	X	Assurance maladie personnel	MSLS/ PNLP		138 729	Facture
Acqu岸ir des véhicules, des matériels informatiques et autres équipements	X	X	X	X	X	Nombre de paiements et matériel achetés	MSLS/ PNLP		153 010	Facture/Bon de livraison
Assurer les frais d'entretien et de réparation des véhicules	X	X	X	X	X	Montant des frais	MSLS/ PNLP		397 500	Facture et contrat
Assurer tous les véhicules	X	X	X	X	X	Assurance du siège et équipement	MSLS/ PNLP		66 696	Facture et contrat
Acqu岸ir un système de géolocalisation pour tous les véhicules	X	X	X	X	X	Montant des frais	MSLS/ PNLP		34 301	Facture et contrat
Assurer le siège et les équipements	X	X	X	X	X	Assurance du siège et équipement	MSLS/ PNLP		5 336	Facture et contrat
Assurer les frais de fonctionnement	X	X	X	X	X	Montant du fonctionnement	MSLS/ PNLP		532 666	Facture et contrat
Assurer les frais de carburant pour la direction de coordination	X	X	X	X	X	Montant du carburant	MSLS/ PNLP		394 886	Facture et contrat
Réhabiliter un siège administratif non locatif pour le PNLP	X	X	X	X	X	Montant de la réhabilitation	MSLS/ PNLP		381 123	Facture et contrat
Honoraire Agence fiscale	X	X	X	X	X	Nombre de programmes assistés	MSLS/ PNLP	GFA	747 763	Facture et contrat
5.2. Planification et mise en œuvre									398 291	

5.2.1.									398 291	
Mise en œuvre du plan d'audit interne	X	X	X	X	X	Nombre de sessions organisées	MSLS/ PNLP	DR/DDS	35 582	Rapport d'activité
Organiser une réunion semestrielle de coordination des activités de lutte contre le Paludisme (TASK FORCE)	X	X			X	Nombre de sessions organisées	MSLS/ PNLP	DGS/DDS/DR/Partenaires	203 435	Rapport d'activité
Revue du Plan Stratégique	X	X			X	Nombre de sessions organisées	MSLS/ PNLP	DGS/DDS/DR/Partenaires	29 591	Rapport d'activité
Elaborer le Plan Stratégique 2016-2020	X	X			X	Nombre de sessions organisées	MSLS/ PNLP	DGS/DDS/DR/Partenaires	59 181	Rapport d'activité
Organiser un atelier pour l'élaboration du plan de suivi -évaluation du plan stratégique 2018-2020	X	X			X	Nombre de sessions organisées	MSLS/ PNLP	DGS/DDS/DR/Partenaires	29 591	Rapport d'activité
Réviser la Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme	X	X			X	Nombre de sessions organisées	MSLS/ PNLP	DGS/DDS/DR/Partenaires	22 193	Rapport d'activité
Reviser les directives de prise en charge	X	X			X	Nombre de sessions organisées	MSLS/ PNLP	DGS/DDS/DR/Partenaires	11 096	Rapport d'activité
Diffuser les documents normatifs à tous les niveaux	X	X			X	Nombre de rapports reproduits	MSLS/ PNLP	DGS/DDS/DR/Partenaires	0	Rapport d'activité
Reproduire chaque année le PAO et le diffuser aux acteurs	X	X			X	Nombre de PAO produits	MSLS/ PNLP	DGS/DDS/DR/Partenaires	1 524	Rapport d'activité
Elaborer et diffuser le rapport annuel sur le paludisme	X	X			X	Nombre de rapports reproduits	MSLS/ PNLP	DGS/DDS/DR/Partenaires	6 098	Rapport d'activité
5.3. Renforcement du Partenariat FRP (Collaboration interne et externe, Mécanisme de coordination de la lutte, Mécanisme de Mobilisation des ressources)									6 745 288	

5.3.1.									6 745 288	
Organiser une réunion semestrielle de coordination des activités de lutte contre le Paludisme (TASK FORCE)	X	X	X	X	X	Montant du roulement	MSLS/ PNLP	DGS/DDS/DR/Partes	177 543	Factures rapport d'activité
Assurer l'appui au SR UNICEF pour la mise en oeuvre de l'ICCM, de la campagne et les autres interventions de la note conceptuelle	X	X			X	Montant frais de mission	MSLS/ PNLP	UNICEF	3 048 479	Rapport d'activité
Indirect Costs et administrative support UNICEF (5%)	X	X			X	Montant frais de mission	MSLS/ PNLP	UNICEF	3 221 261	Rapport d'activité
UNICEF management costs	X	X			X	Montant frais de mission	MSLS/ PNLP	UNICEF	298 005	Rapport d'activité
6.Système de Gestion des Achants et des Stocks (GAS)									13 063 792	
6.1. Cadre de travail et normatif (Locaux, Spécification, quantification des besoins)									5 096 224	
6.1.1.									5 096 224	
Recruter un consultant national pour la mise en place du SIGL pendant 12 mois et développer un SIGL Paludisme et le rendre fonctionnel	X	X			X	Consultant recruté	MSLS/ PNLP	NSPS/PNDAP	3 659	Rapport d'activité
Reproduire les outils de gestion des médicaments pour les formations nationales	X	X			X	Outils disponibles	MSLS/ PNLP	NSPS/PNDAP	858 220	Rapport d'activité
Organiser l'atelier de validation du manuel de procédure	X	X			X	Nombre de réunions organisées	MSLS/ PNLP	NSPS/PNDAP	16 645	Rapport d'activité
Organiser l'atelier d'élaboration du manuel du formateur et du cahier de charges	X	X			X	Nombre de réunions organisées	MSLS/ PNLP	NSPS/PNDAP	11 096	Rapport d'activité
Organiser un atelier de revue annuelle de quantification des besoins	X	X			X	Nombre de réunions organisées	MSLS/ PNLP	NSPS/PNDAP	83 223	Rapport d'activité
Organiser des réunions trimestrielles de coordination des activités de pharmacovigilance des antipaludiques	X	X			X	Nombre de réunions organisées	MSLS/ PNLP	DPML	221 929	Rapport d'activité
Organiser un atelier de triangulation des données épidémiologiques et statistiques	X	X			X	Nombre de réunions organisées	MSLS/ PNLP	NSPS	8 461	Rapport d'activité

Renforcer les capacités de stockage des 83 districts	X	X			X	Magasin de stockage fonctionnel	MSLS/ PNLP		1 265 327	Rapport d'activité
Renforcer le système d'approvisionnement des ESPC en dotant les 83 districts en fourgonnettes	X	X			X	Nombre de fourgonnettes acquises	MSLS/ PNLP		2 530 654	Facture/ bon de livraison
Upgrade du système de gestion de la NPSP	X	X			X	Montant de la mise à jour	MSLS/ PNLP		66 520	Rapport d'activité
Mettre en place d'un logiciel de gestion des intrants au niveau des districts et régions	X	X			X	Montant logiciel acquis	MSLS/ PNLP		30 490	Rapport d'activité
6.2. Gestion des stocks à tous les niveaux									7 530 736	
6.2.1.									7 530 736	
Organiser un inventaire tournant des intrants à la NPSP	X	X	X	X	X	Nombre d'inventaires organisés	MSLS/ PNLP	NPSP	56 406	Rapport d'inventaire
Mission de spots check: constact et correction dans la gestion des intrants.	X	X	X	X	X	Montant de la mission	MSLS/ PNLP	DR/DDS	236 262	Rapport d'activité
Reproduire les outils de gestion des intrants	X	X	X	X	X	Outils disponibles	MSLS/ PNLP	DDS	858 220	Factures/bon de livraison
Services GAS NPSP	X	X	X	X	X	Montant des frais	MSLS/ PNLP	NPSP	857 535	Factures
Services GAS Partenaire 1 (PPM)	X	X	X	X	X	Montant des frais	MSLS/ PNLP	PPM	4 394 429	Factures
Services GAS Partenaire 2 (UNICEF)	X	X	X	X	X	Montant des frais	MSLS/ PNLP	UNICEF	1 127 883	Factures
Services GAS LNSP			X	X	X	Montant des frais	MSLS/ PNLP	LNSP	0	Factures
6.3. Renforcement des capacités du personnel									436 832	
6.3.1.									436 832	
Former 20 formateurs nationaux sur le SIGL pendant 5 jours	X	X				Nombre d'agents formés	MSLS/ PNLP	DR/DDS	19 206	Rapport de mission
Appui au déploiement du eLMIS pour le volet paludisme	X	X	X	X		Logiciel déployé	MSLS/ PNLP	DR/DDS	27 441	Factures

Organiser l'atelier de formation du pool de formateurs	X	X				Nombre de reunion inisées	MSLS/ PNLP	DR/DDS	14 404	Rapport d'activité
Former 20 formateurs nationaux sur le SIGL pendant 5 jours	X	X				Nombre d'agents nés	MSLS/ PNLP	DR/DDS	9 603	Rapport de nation
Renforcer la capacité de 246 gestionnaires des 83DS en 10 sessions de participants (25 participants + 2 Formateurs + 1 Superviseur + 2 personnel d'appui)	X	X				Nombre d'agents nés	MSLS/ PNLP	DR/DDS	188 982	Rapport de nation
Supervision semestrielles des pharmaciens de régions vers les districts	X	X	X	X	X	Nombre de macien supervisés	MSLS/ PNLP	DR/DDS	177 196	Rapport d'activité
7.Surveillance, Suivi et Evaluation & Recherche Opérationnelle (plan S&E)									12 761 645	
7.1. Intervention 1									155 376	
7.1.1.									155 376	
Renforcement des capacités du staff chargé du S&E (formation de orte durée)	X	X	X	X	X	Nombre d'agent nés	MSLS/ PNLP		45 323	Rapport de nation
Former 10 personnes de la DC-PLNP et 1 ACPCI et 1 CECI à lisation du logiciel DHIS 2		X				Nombre d'agent nés	MSLS/ PNLP		5 548	Rapport de nation
Assurer la formation courte durée des membres des structures entralisées chargé du S&E			X	X	X	Nombre d'agent nés	MSLS/ PNLP		45 323	Rapport de nation
Former chaque année des gestionnaires de données issus du secteur é lucratif			X	X	X	Nombre d'agent nés	MSLS/ PNLP		59 181	Rapport de nation
7.2. Intervention 2									22 258	
7.2.1.									22 258	
Acquérir via UNICEF les kits informatiques pour les 12 districts (3 sites inelles par district) de surveillance des cas et décès	X	X			X	Montant du ouanement	MSLS/ PNLP		14 635	Factures
Acquerir un logiciel pour les site sentinelle	X	X			X	Montant du ouanement	MSLS/ PNLP		7 622	Factures
7.3. Intervention 3									750 192	
7.3.1.									750 192	

Apporter un appui à la reproduction des outils de collecte du SIG pour l'ensemble des centres de santé	X	X	X	X	X	Outils disponibles	MSLS/ PNLP		625 304	Factures
Organiser 1 atelier de 30 personnes en 3 jours pour la révision, harmonisation et la validation des indicateurs nationaux du secteur communautaire, privé et public	X					Nombre de missions organisées	MSLS/ PNLP		8 322	Rapport d'activité
Reproduire les outils de collecte du SNIS pour les structures privées publiques et non lucratives (confessionnelles et d'entreprises)	X	X	X	X	X	Outils disponibles	MSLS/ PNLP		33 514	Factures
Organiser un atelier pour l'élaboration du plan de suivi -évaluation du plan stratégique 2018-2020			X		X	Nombre de missions organisées	MSLS/ PNLP		33 289	Rapport d'activité
Recruter un Consultant international et un national pour l'élaboration de l'instrument en rapport avec la surveillance de l'efficacité des antipaludiques			X		X	Nombre de consultants recrutés	MSLS/ PNLP		49 761	Rapport d'activité
7.4. Intervention 4									8 591 774	
7.4.1.									8 591 774	
Appui au contrôle qualité de DIIS	X	X	X	X	X	Nombre d'agents supervisés	MSLS/ PNLP	DPPEIS/DDS	219 914	Rapport d'activité
Organiser des missions de supervision de la DIIS	X	X	X	X	X	Nombre d'agents supervisés	MSLS/ PNLP	DPPEIS/DDS	219 914	Rapport d'activité
Organiser une rencontre trimestrielle avec les personnes impliquées dans la surveillance des sites sentinelles	X	X	X	X	X	Nombre de missions organisées	MSLS/ PNLP	DDS	172 850	Rapport d'activité
Superviser trimestriellement les sites sentinelles par le point focal au niveau du district	X	X	X	X	X	Nombre d'agents supervisés	MSLS/ PNLP	DDS	127 179	Rapport d'activité
Recruter 2 Consultants internationaux pour l'évaluation du projet LMG		X			X	Nombre de consultants recrutés	MSLS/ PNLP	DDS	131 061	Rapport d'activité
Participation des membres du PNLP audits externe de performance des interventions (OSDV)	X	X	X	X	X	Montant de la mission	MSLS/ PNLP	DDS	12 513	Rapport d'activité
Supervision semestrielle des DR par les acteurs du niveau central	X	X	X	X	X	Nombre d'agents supervisés	MSLS/ PNLP	DR/DDS	105 983	Rapport d'activité

Appuyer semestriellement la supervision des DD par les ERS y compris les pharmaciens des régions	X	X	X	X	X	Nombre d'agents servisés	MSLS/ PNLP	DR/DDS	105 983	Rapport d'activité
Appuyer semestriellement la supervision des prestataires par les ECD	X	X	X	X	X	Nombre d'agents servisés	MSLS/ PNLP	DDS	750 705	Rapport d'activité
Organiser des rencontres trimestrielles de validation des données au niveau des 20 régions sanitaires y compris les pharmaciens de régions (20) et les pharmaciens de districts (82)	X	X	X	X	X	Montant du planement	MSLS/ PNLP	DR/DDS	1 379 358	Rapport d'activité
Organiser des rencontres trimestrielles de validation des données du secteur privé lucratif	X	X	X	X	X	Montant du planement	MSLS/ PNLP	ACPCI	52 126	Rapport d'activité
Appui à la mise en œuvre du processus LMG	X	X	X	X	X	Montant du planement	MSLS/ PNLP	MSH/DDS	2 314 189	Rapport d'activité
Contractualiser des résultats avec les acteurs du secteur public	X	X	X	X	X	Montant du planement	MSLS/ PNLP	DPPS	3 000 000	Rapport d'activité
7.5. Intervention 5									3 242 046	
7.5.1. Recherche Opérationnelle									3 161 602	
Elaborer et diffuser de façon semestrielle 200 bulletins de surveillance épidémiologique	X				X	Bulletin diffusé	MSLS/ PNLP	Structures de recherche	7 622	Factures
Réaliser une Enquête sur les Indicateurs du Paludisme	X			X		Montant du planement	MSLS/ PNLP	Structures de recherche	1 600 715	Rapport d'étude
Réaliser une Enquête de service sur la prise en charge du paludisme dans le public et le privé	X				X	Montant du planement	MSLS/ PNLP	Structures de recherche	128 057	Rapport d'étude
Analyse de mortalité	X	X				Montant du planement	MSLS/ PNLP	Structures de recherche	432 877	Rapport d'étude

Réaliser tous les 2 ans une Etude sur l'efficacité résiduelle des MILDA	X	X			X	Niveau de efficacité des MILDA lors d'utilisation	MSLS/ PNLP	Structures de recherche	113 201	Rapport d'étude
Réaliser une évaluation de la transmission vectorielle	X	X			X	Niveau de la transmission vectorielle	MSLS/ PNLP	Structures de recherche	193 045	Rapport d'étude
Réaliser une étude sur d'impact environnemental de l'orpaillage destin sur le paludisme	X	X			X	Niveau de l'impact environnemental	MSLS/ PNLP	Structures de recherche	74 456	Rapport d'étude
Mettre à jour annuellement la cartographie du risque palustre en Côte d'Ivoire	X	X			X	Nombre d'indicateurs analysés	MSLS/ PNLP	Structures de recherche	18 477	Rapport d'étude
Réaliser une Etude sur l'efficacité et la tolérance des CTA dans 12 sites sentinelles		X		X		Niveau de l'efficacité CTA	MSLS/ PNLP	Structures de recherche	297 824	Rapport d'étude
Réaliser une étude sur les conditions d'utilisation, l'efficacité et la tolérance de la SP		X		X		Niveau de l'efficacité SP	MSLS/ PNLP	Structures de recherche	122 435	Rapport d'étude
Caractérisation des gîtes larvaires des anophèles en milieu urbain			X		X	Gîte lainaire caractérisée	MSLS/ PNLP	Structures de recherche	79 853	Rapport d'étude

Etude du profil de la transmission du paludisme dans la ville d'Abidjan			X		X	Profil de la transmission	MSLS/ PNLP	Structures de recherche	93 040	Rapport d'étude
7.5.2. Suivi et Evaluation									80 444	
Organiser un atelier de validation de document en rapport avec la surveillance de l'efficacité des antipaludiques	X	X	X	X	X	Nombre d'atelier organisé	MSLS/ PNLP		22 193	Rapport d'activité
Elaborer et diffuser le rapport annuel sur le paludisme	X	X	X	X	X	Nombre de rapport publié	MSLS/ PNLP		11 434	Rapport d'activité
Elaborer un rapport annuel de notification des effets indésirables	X	X	X	X	X	Nombre de rapport publié	MSLS/ PNLP		11 434	Rapport d'activité
Organiser un Colloque scientifique sur le paludisme	X	X	X	X	X	Nombre de communications	MSLS/ PNLP		35 383	Rapport d'activité