



REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2012-2015 REVISE

(PERIODE REPLANIFIEE : 2014-2017)

**Approche stratifiée de mise à échelle des interventions
de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire et
consolidation des acquis**



**Ministère de la Santé et de la
lutte contre le SIDA**



**Programme National de Lutte
contre le Paludisme**

PREFACE

La lutte contre le paludisme est l'une des priorités définies dans la Politique de Développement sanitaire (PND) de l'Etat de Côte d'Ivoire.

Cette priorité se justifie par le fait que selon l'Annuaire des Statistiques Sanitaires (ASS), le taux d'incidence en 2013 du paludisme reste élevé dans la population générale : 105 cas pour 1000 et particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans : 295 cas pour 1000 (DIPE, 2013).

En visant l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs au paludisme, le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS) a élaboré son second Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le paludisme pour la période 2006-2010 avec l'appui du Partenariat Mondial « Faire Reculer le Paludisme » (FRP). Ce plan visait l'intensification des interventions majeures de contrôle du paludisme conformément aux objectifs orientés vers l'accès universel.

Avec l'implémentation dudit plan, de véritables progrès dans la lutte contre le paludisme ont été enregistrés depuis 2010 à travers la mise à échelle des interventions de lutte contre le paludisme.

Au terme de la période d'exécution de ce plan, une revue conjointe de la performance du programme a été réalisée en 2011 par l'OMS et les acteurs et les partenaires de la lutte en Côte d'Ivoire. Cette revue a permis d'examiner les acquis, de faire une analyse des forces et faiblesses des interventions de lutte et de définir les priorités stratégiques au regard des « meilleures pratiques » et des perspectives en matière de lutte contre le paludisme d'ici 2015.

En vue de pérenniser les acquis et de poursuivre la lutte vers la vision «zéro décès dû au paludisme» d'ici 2015 » adoptée dans l'espace CEDEAO, le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida avec l'appui des partenaires a élaboré en 2012 un troisième plan stratégique national pour la période 2012-2015. Ce dernier plan prend en compte les nouvelles orientations de la lutte contre le paludisme définies non seulement au niveau international mais aussi et surtout au niveau régional.

Après deux années d'implémentation du plan stratégique 2012-2015, une revue des performances a été conduite par des experts de l'OMS. Les conclusions issues de cette revue ont conduit le MSLS avec l'appui des partenaires a procédé non seulement au recadrage du PSN 2012-2015 mais aussi à son extension jusqu'en 2017. Cette révision est fondée sur la re-planification efficiente et plus adaptée des interventions en fonction du contexte épidémiologique actuel de la maladie et d'une participation communautaire plus accrue en vue de rendre ce plan révisé solide, avec une adhésion et un soutien des partenaires, gage d'une mobilisation des ressources pour la concrétisation de la vision «*Une Côte d'Ivoire prospère sans décès dû paludisme*».

Le MSLS témoigne sa reconnaissance à tous les partenaires et parties prenantes de la lutte qui l'ont accompagné dans l'élaboration du présent PSN 2012-2015 révisé et 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 sans décès dû au paludisme à l'horizon 2015*».

».

Docteur Raymonde GOUDOU COFFIE
Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	3
LISTE DES TABLEAUX	4
RESUME	8
1. INTRODUCTION.....	12
2. PROFIL DU PAYS.....	13
2.1 CONTEXTE POLITICO-ADMINISTRATIF.....	13
2.2 DONNEES DEMOGRAPHIQUES	13
2.3 DONNEES ENVIRONNEMENTALES ET CLIMATIQUES	15
2.4 DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES	17
3. ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE	20
3.1 POLITIQUE NATIONALE DE SANTE.....	20
3.2 DESCRIPTION DU SYSTEME SANTE	20
3.2.1 Sur le plan administratif	21
3.2.2 Sur le plan de l'offre de soins :	22
3.3 FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE.....	23
3.3.1 Contribution du PNLN au renforcement du système de santé	26
3.3.2 ANALYSE FFOM.....	27
4. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME.....	31
4.1 EPIDEMIOLOGIE.....	31
4.1.1 Parasites du paludisme	31
4.1.2 Vecteurs du paludisme.....	31
4.1.3 Dynamique de transmission.....	32
4.1.4 Niveau d'endémicité	32
4.2 HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME	35
4.2.1 Historique du paludisme en Côte d'Ivoire.....	35
4.2.2 Organisation du PNLN.....	37
4.2.3 Politique et Directives de lutte contre le paludisme.....	38
4.2.4 Rôles et responsabilités des acteurs de lutte contre le paludisme.....	40
4.2.5 Coordination et partenariat	41
4.3 PERFORMANCE DU PROGRAMME PALUDISME	42
4.3.1 Revue des performances.....	42
4.3.2 Progrès réalisés en vue de l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux.....	42
4.3.3 Analyse des FFOM de la lutte contre le paludisme.....	63
4.3.4 Défis pour la période 2014-2017.....	68
5. CADRE DU PLAN STRATEGIQUE	71
5.1 JUSTIFICATION	71
5.2 VISIONS.....	72
5.2.1 Vision de la politique nationale de santé	72
5.2.2 Vision du programme de lutte contre le paludisme	72
5.3 MISSION.....	73
5.4 PRINCIPES DIRECTEURS	73
5.5 VALEURS.....	73
5.6 ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	73
5.7 BUT ET OBJECTIFS.....	79
5.7.1 But	79
5.7.2 Objectifs	79
5.8 RESULTATS ATTENDUS	79
5.9 INTERVENTIONS ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	79
5.9.1 Stratification opérationnelle de mise en œuvre	79
5.9.2 Interventions en fonction de la stratification.....	81
5.9.3 Mise en œuvre des interventions	82

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : EVOLUTION DE QUELQUES INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES	15
TABLEAU 2 : PRINCIPAUX INDICES DE DEVELOPPEMENT	17
TABLEAU 3 : REPARTITION DES INVESTISSEMENTS EN SOURCES TRANSVERSALES (36%)	19
TABLEAU 4 : REPARTITION DES INVESTISSEMENTS EN SOURCES VERTICALES (64%).....	19
TABLEAU 5 : RATIO PRESTATAIRE/POPULATION DE SOINS.....	25
TABLEAU 6 : ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSES SU SYSTEME DE SANTE	27
TABLEAU 7: EVOLUTION DU TAUX DE LA COUVERTURE DES ENFANTS DE MOINS D’1 AN ET DES FEMMES ENCEINTES EN MILDA DE ROUTINE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE 2010 A 2013.....	42
TABLEAU 8: PERFORMANCES PROGRAMMATIQUES DU PNLP (2012-2013).....	51
TABLEAU 9: EVOLUTION DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE RESULTATS ET IMPACT DE 2006 A 2013	55
TABLEAU 10 : FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN COTE D’IVOIRE (2010-2014)	61
TABLEAU 11 : ANALYSE DES FORCES FAIBLES DE LA STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	63
TABLEAU 12 : GAPS PROGRAMMATIQUES ET DEFIS A RELEVET.....	68
TABLEAU 13 : ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET PRINCIPALES INTERVENTIONS	74
TABLEAU 14 : STRATIFICATION OPERATIONNELLE DE MISE EN ŒUVRE	80
TABLEAU 15 : DEFINITION DES INTERVENTIONS SELON LES STRATES.....	81
TABLEAU 16: CIBLES DES INDICATEURS MILDA	84
TABLEAU 17: APPROCHES OPERATIONNELLES DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS MILDA	86
TABLEAU 18 : CIBLES DES INDICATEURS PID.....	88
TABLEAU 19: APPROCHES OPERATIONNELLES DE LA MISE EN ŒUVRE PID.....	88
TABLEAU 20 : CIBLES DES INDICATEURS LAL.....	90
TABLEAU 21: APPROCHES OPERATIONNELLES DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS LAL.....	91
TABLEAU 22 : CIBLES DES INDICATEURS TPI	93
TABLEAU 23: APPROCHES OPERATIONNELLES DE LA MISE EN ŒUVRE DU TPI.....	93
TABLEAU 24 : CIBLES DES INDICATEURS TDR/GE.....	95
TABLEAU 25: APPROCHES OPERATIONNELLES DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS TDR/GE.....	96
TABLEAU 26 : CIBLES DES INDICATEURS DE LA PEC AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES.....	99
TABLEAU 27: APPROCHES OPERATIONNELLES DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS DE PEC AU NIVEAU DES FS...	100
TABLEAU 28 : CIBLES DES INDICATEURS PEC COMMUNAUTAIRE	101
TABLEAU 29: APPROCHES OPERATIONNELLES DE LA PEC COMMUNAUTAIRE	102
TABLEAU 30 : CIBLES DES INDICATEURS URGENCES ET CATASTROPHES.....	103
TABLEAU 31: APPROCHES OPERATIONNELLES DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS URGENCES ET CATASTROPHES	104
TABLEAU 32 : CIBLES DES INDICATEURS IEC/CCC	106
TABLEAU 33: APPROCHES OPERATIONNELLES DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS IEC/CCC	107
TABLEAU 34 : CIBLES DES INDICATEURS INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES	108
TABLEAU 35: APPROCHES OPERATIONNELLES DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES	109
TABLEAU 36 : CIBLES DES INDICATEURS DE SUIVI DES ACTIVITES	111
TABLEAU 37 : CIBLES DES INDICATEURS GESTION DU PROGRAMME.....	113
TABLEAU 38 : CIBLES DES INDICATEURS DE SUIVI DES RESSOURCES HUMAINES	115
TABLEAU 39 : CIBLES DES INDICATEURS DE SUIVI DE LA COORDINATION.....	116
TABLEAU 40 : CIBLES DES INDICATEURS GAS.....	118
TABLEAU 41 : CIBLES DES INDICATEURS DES GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	120

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : CARTE DE LA DENSITE DE LA POPULATION DE LA COTE D'IVOIRE AVEC LES PRINCIPALES VILLES	13
FIGURE 2 : CARTE REPRESENTATIVE DES GROUPES ETHNIQUES DE LA COTE D'IVOIRE	14
FIGURE 3: CARTE DU RELIEF DE LA COTE D'IVOIRE	15
FIGURE 4: ZONES CLIMATIQUES DE LA COTE D'IVOIRE	16
FIGURE 5: DIAGRAMME DES TROIS ZONES CLIMATIQUES DE LA COTE D'IVOIRE (1980-1996)	17
FIGURE 6: CARTOGRAPHIE DE LA MORBIDITE DES ENFANTS DE MOINS DE 5ANS EN 2013 PAR DISTRICT SANITAIRE	34
FIGURE 7 : EVOLUTION TRIMESTRIELLE DES CAS DE FIEVRE DE 2010 A 2013 ET DES CAS DE PALUDISME CONFIRMES DE 2012 A 2013	34
FIGURE 8: EVOLUTION TRIMESTRIELLE DES CAS DE PALUDISME CONFIRME CHEZ LES 0-5 ANS DE 2012 A 2013	35
FIGURE 9: ANALYSE DE LA VULNERABILITE PALUSTRE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	36
FIGURE 10: ANALYSE DE LA VULNERABILITE PALUSTRE DES FEMMES ENCEINTES	36
FIGURE 11 : EVOLUTION DU PALUDISME GRAVE DANS LA POPULATION, CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET CHEZ LES MOINS DE 5 ANS	30
FIGURE 12 : CHRONOLOGIE DE L'ADOPTION ET DE LA MISE A ECHELLE DES INTERVENTIONS ESSENTIELLES	38
FIGURE 13 : ORGANIGRAMME INSTITUTIONNEL DU PNL	40

REMERCIEMENTS

L'élaboration du plan stratégique 2012-2015 révisé 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 la Lutte contre le Sida (MSLS) et ses partenaires techniques et financiers.

Au nom du Gouvernement de l'Etat de la Côte d'Ivoire, au nom des populations et en mon nom personnel, je tiens sincèrement à remercier l'ensemble des Experts nationaux et ceux des partenaires techniques et financiers du domaine de la santé qui ont hautement contribué à la révision de ce plan.

Mes remerciements s'adressent tout particulièrement :

- aux différents Experts des Directions et Services du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, pour leur entière disponibilité et les efforts qu'ils n'ont sans cesse ménagés pour l'élaboration de ce document ;
- aux Experts des autres Ministères techniques pour leur contribution très appréciée notamment le Ministère d'Etat Ministère du plan et du Développement ; le Ministère de la Solidarité, de la Famille, de la Femme et de l'Enfant ; le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ; le Ministère de l'Economie et des Finances et le Ministère de l'environnement ;
- au personnel du secrétariat du CCM et aux membres du CCM ;
- à l'ensemble de nos partenaires techniques et financiers FMLSTP, OMS, UNICEF, RBM, USAID/PMI pour leur grande mobilisation, leur participation technique et financière, pleine et active tout au long du processus consensuel d'élaboration de ce plan stratégique révisé ;
- aux ONGs internationales CARE, MSH... pour leur soutien technique ;
- aux organisations du secteur privé de santé notamment la Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire (CECI) et l'Ordre et Syndicats des professionnels du secteur de la santé pour leur contribution active ;
- aux ONGs locales et associations communautaires et religieuses pour leurs apports remarquables ;
- à toutes les parties prenantes pour leurs contributions.

Ce document est le fruit de la mobilisation et de la conjugaison des efforts de tous.

J'ai la ferme conviction que le maintien encore de notre mobilisation pour le financement et la mise en œuvre du présent plan stratégique 2012-2015 révisé nous permettra de réduire à un chiffre proche de zéro la mortalité due au paludisme d'ici fin de 2015 et la maintenir jusqu'en 2017.

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 la Lutte contre le Sida

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

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
DIPE:	Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation
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
UNICEF:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le développement)

RESUME

En Côte d'Ivoire, le paludisme sévit sous un mode endémique avec une transmission permanente et des recrudescences en saison de pluies.

Le paludisme constitue la première cause de morbidité avec 43% des motifs de consultation dans les formations sanitaires du pays selon l'analyse situationnelle réalisée en 2010. En 2013, l'incidence du paludisme était de 105 cas pour 1 000 habitants dans la population générale et 295 pour 1 000 chez les enfants âgés de moins de 5 ans ([Annuaire Statistique, 2013](#)). Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont les plus vulnérables et en payent les plus grands tributs.

Le Ministère de la Santé et de Lutte contre le Sida a mis en place depuis 1996 un Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et a élaboré déjà trois plans quinquennaux stratégiques dont ceux de la 1^{ère} et de la 2^{ème} génération respectivement pour les périodes de 2001-2005 et de 2006 -2010 qui ont été exécutés et clôturés.

Le plan stratégique de troisième génération, élaboré pour la période 2012-2015 en vue de la concrétisation de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) est basé sur les actions prioritaires et s'aligne sur les orientations stratégiques recommandées au niveau international à savoir :

- la couverture universelle aux mesures de prévention du paludisme ainsi que leur utilisation ;
- l'accès universel pour la prise en charge des cas dans les secteurs public et privé
- l'accès universel pour la prise en charge communautaire des cas de paludisme dans les districts sanitaires ;
- le renforcement des systèmes de surveillance de routine y compris la pharmacovigilance à tous les niveaux ;
- le renforcement des systèmes de suivi et évaluation à tous les niveaux ;
- le renforcement de la mobilisation communautaire sur les mesures de prévention et de prise en charge du paludisme ;
- le renforcement des capacités de gestion et de coordination du programme à tous les niveaux.

Le Gouvernement ivoirien appuyé par les partenaires notamment le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (FMLSTP), l'OMS, l'UNICEF développe la réponse nationale contre cette maladie.

Après deux années d'implémentation de ce plan 2012-2015, une revue du programme a été conduite par des pairs nationaux et internationaux et des experts de l'OMS avec la participation active du ministère de la santé. Cette revue a permis de mettre en évidence d'importants progrès réalisés dans cette lutte dont :

- la consolidation de l'engagement politique de l'Etat Ivoirien à travers l'adoption en conseil des Ministres 2012 d'une enveloppe de 2 milliards de FCFA par an pour la lutte contre le paludisme au niveau du budget de l'Etat ;
- la très forte volonté politique de l'Etat marquée par la prise de décisions sociales et d'équité garantissant l'accès gratuit pour tous à la prévention et au traitement à travers :
 - (i) l'adoption sur toute l'étendue ivoirienne de la gratuité des MILDA pour toute la population,
 - (ii) la gratuité du TPI pour les femmes enceintes,
 - (iii) la gratuité du diagnostic par le test rapide des cas suspects et

- (iv) la gratuite du traitement du paludisme simple avec les CTA pour la population générale ;
- La révision d'un 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 disponibilité d'un plan de communication révisé sur la base des insuffisances ressorties à l'issue de l'enquête TRaC ;

Mais elle a aussi fait ressortir des gaps programmatiques et financiers et quelques insuffisances clés dont :

- l'inexistence de sites sentinelles de surveillance fonctionnels ;
- la faiblesse de la complétude et de la promptitude des données du système national d'information sanitaire en vue de disposer à temps des données sur le paludisme pour la prise de décision stratégique au niveau du PNL et des bailleurs ;
- l'insuffisance de ressources pour le financement de certaines interventions du plan stratégique 2012-2015 initial notamment pour les activités de PID et LAV ;
- l'insuffisance de fonctionnalité des instances de coordination élargie aux partenaires techniques et financiers ;
- la rupture fréquente des médicaments et produits antipaludiques dans les sites de prestation en raison des problèmes de quantification et de manque de moyens pour assurer leur distribution des districts vers les formations sanitaires ;
- l'inexistence d'une cartographie actualisée des risques palustres ;

Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida est confronté à plusieurs défis majeurs dans la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire. Au nombre de ces défis, on peut citer :

- la mobilisation suffisante de ressources pour la mise en œuvre du présent plan ;
- la pérennisation de la gratuité des prestations : MILDA, TDR, TPI, CTA ;
- l'implication des acteurs communautaires notamment les ASC et les relais communautaires dans la réalisation des activités de santé ;
- le renforcement du système d'information sanitaire ;
- le renforcement de la décentralisation du système de stockage, de gestion et de distribution des médicaments et intrants ;
- l'implication structurée et organisée du secteur privé dans la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme.

La révision de ce plan stratégique 2012-2015 a été initiée sur la base des recommandations issues de cette revue du programme. Le processus a bénéficié de l'appui technique et financier de plusieurs partenaires dont RBM, le Fonds Mondial, l'OMS, l'UNICEF, le President's Malaria Initiative (PMI/USAID) à travers LMG/MSH, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) internationales telles que CARE et nationales comme ROLPCI, CECI.

Les buts, les objectifs, les orientations stratégiques et les interventions définies dans le Plan Stratégique National (PSN) 2012-2015 révisé s'alignent sur la vision «Une Côte d'Ivoire prospère sans décès lié paludisme» ainsi que les objectifs de la Politique de Développement Sanitaire.

La Côte d'Ivoire s'engage à atteindre les objectifs ci-après :

- D'ici fin 2015, accroître de 33 % à 80 % la proportion de la population qui dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- D'ici fin 2015, accroître de 40 % à 80 % la proportion de femmes enceintes qui prennent les deux doses de SP ;
- D'ici fin 2015, 80% des cas de paludisme sont confirmés et pris en charge selon les directives nationales dans les structures sanitaires publiques et privées ainsi que dans la communauté ;
- D'ici fin 2015, 80% de la population connaît et adopte des attitudes et pratiques en faveur de la lutte contre le paludisme.

Les nouvelles orientations stratégiques et priorités du pays en matière de lutte contre le paludisme inscrites dans le présent PSN sont définies comme suit :

- Atteindre et maintenir la couverture universelle aux mesures de prévention du paludisme ainsi que leur utilisation notamment la lutte anti- vectorielle (MILDA) chez la population générale et le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes ;
- Atteindre la couverture universelle pour la confirmation biologique des cas suspects de paludisme vus dans les structures sanitaires des secteurs publics et privés intégrés ;
- Atteindre la couverture universelle pour la confirmation biologique des cas suspects de paludisme au niveau communautaire chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Atteindre la couverture universelle pour la prise en charge correcte des cas vus dans les structures sanitaires des secteurs publics et privés intégrés ;
- Atteindre la couverture universelle pour la prise en charge correcte des cas de paludisme simple dans la communauté chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Renforcer la mobilisation sociale et la communication sur les mesures de prévention et de prise en charge du paludisme ;
- Renforcer le système de suivi et évaluation y compris la pharmacovigilance et la recherche opérationnelle ;
- Renforcer les capacités de gestion, de coordination et de leadership du programme à tous les niveaux ;
- Développer le mécanisme efficace de mobilisation de ressources pour la lutte.

Les nouvelles interventions planifiées dans le présent plan stratégique portent essentiellement sur:

- l'approche intégrée des interventions communautaires (paludisme, pneumonie, diarrhée) pour plus d'impact sur la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans ;
- l'intensification de actions de lutte à l'endroit des populations vulnérables (femmes enceintes enfants de moins de 5 ans) et des populations défavorisées ou démunies vivants non seulement dans les prisons, les quartiers précaires et bidonvilles mais aussi dans les localités d'accessibilité géographique difficile aux structures sanitaires ;
- un rôle plus participatif et inclusif du secteur privé dans la lutte contre le paludisme ;
- une plus grande implication des Organisations à base de foi et associations de femmes, des leaders communautaires et des autorités administratives locales dans le plaidoyer et la communication pour un changement de comportement.

L'implémentation de ce plan tiendra compte du profil épidémiologique qui divise le pays en 04 zones opérationnelles d'intervention et une cinquième zone constituée des quartiers précaires dans les grandes villes. 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 de suivi évaluation s'élève à **108 887 537 874 francs de FCFA ou 165 997 981 Euros.**

1. INTRODUCTION

En Afrique au sud du Sahara, le paludisme constitue un problème majeur de santé publique. Selon le partenariat « Faire reculer le paludisme » en 2012, sur 207 millions de cas enregistrés au niveau mondial, 166 millions (80%) sont notifiés en Afrique. De plus, l'Afrique concentre 90% des 627 000 décès mondiaux dus au paludisme dont 77 % de ces décès concernent les enfants de moins de 5 ans (*rapport OMS, 2012*).

En Côte d'Ivoire, le paludisme demeure un problème majeur de santé publique, de par sa fréquence élevée, sa gravité et ses conséquences socio-économiques importantes. En effet, le paludisme représente la première cause de morbidité avec 43 % des motifs de consultation dans les formations sanitaires du pays et un taux d'incidence de 105 pour 1000 dans la population générale contre 295 pour 1000 chez les enfants âgés de moins de 5 ans (ASS, 2013). 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 des ménages à contribuer à la productivité. Le paludisme entretient la pauvreté au sein des familles qui chaque année lui consacrent 25% de leurs revenus pour le traitement et la prévention (*rapport CSRS*).

La Côte d'Ivoire a adhéré à l'initiative concertée Roll Back Malaria lancée en 1998 par l'OMS, le PNUD et la Banque Mondiale. En outre, le pays est signataire de la déclaration des chefs d'Etats et de gouvernement d'Abuja. A cet effet, 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 de lutte contre cette maladie. De plus le pays s'inscrit dans la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), en particulier l'OMD 6 relatif à la lutte contre le paludisme.

Pour faire face à ces 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 2012-2015. Ce dernier PNDS a servi de base à l'élaboration du troisième plan stratégique de lutte contre le paludisme prenant en compte les recommandations de la revue des performances du programme de la période de 2006-2010 et les nouvelles orientations de l'OMS.

Après deux années de mise en œuvre, et conformément à la planification, le MSLS à travers le PNLN a réalisé avec l'appui des partenaires et des parties prenantes, une revue à mi-parcours du Plan Stratégique 2012-2015. Cette revue avait pour objectifs de faire le point sur la performance technique et financière du programme et de réorienter les axes stratégiques pour la période de mise en œuvre à venir.

Au décours de cette revue, il a été procédé avec l'ensemble des partenaires techniques et financiers, à la révision et la re-planification des activités du nouveau plan stratégique qui intègre de manière plus satisfaisante les principes de genre et d'équité à l'accès aux services offerts par le programme de lutte contre le paludisme.

2. PROFIL DU PAYS

2.1 CONTEXTE POLITICO-ADMINISTRATIF

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest entre les 4°30' et 10°30' de latitude Nord. Elle s'étend sur une superficie de 322 462 km² et fait frontière avec le Mali et le Burkina Faso au Nord, le Golfe de Guinée au Sud, le Ghana à l'Est, le Libéria et la Guinée à l'Ouest,.

Conformément aux décrets n°2011-263 du 28 septembre 2011 et n° 2013- du 02 mai 2013, le territoire national est subdivisé en 14 districts administratifs dont 02 autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), 31 régions, 108 départements, 510 sous-préfectures et 197 communes. La capitale politique est Yamoussoukro et Abidjan, la capitale économique.

Au niveau déconcentré, la région est dirigée par un Préfet de région, le département par un Préfet de département et la sous-préfecture par un Sous-préfet. Au niveau décentralisé, le District est dirigé par un Gouverneur nommé, la région par un Président de Conseil régional et la Commune par un Maire, tous élus. Cette organisation administrative a connu bien des bouleversements au cours de la décennie 2000 à 2010 de crise socio-politique avec comme conséquences : la déstructuration du tissu social, l'effritement de la cohésion sociale, le ralentissement des activités économiques et la dégradation des services sanitaires avec en toile de fond la paupérisation croissante de la population.

Afin de relancer l'économie ivoirienne, consolider la paix et renforcer l'unité nationale, l'Etat Ivoirien s'est doté d'un Plan National de Développement (PND) pour la période 2012-2015 qui veut faire de la Côte d'Ivoire un pays émergent à l'horizon 2020.

2.2 DONNEES DEMOGRAPHIQUES

La population de la Côte d'Ivoire était estimée à 23 875 466¹ habitants en 2013 d'après les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) sur la base des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998.

La carte de la densité de la population indique clairement que la zone nord est très faiblement peuplée avec une densité de population allant de 8 à 40 habitants /km².

En dehors de la zone autour de la Ville d'Abidjan qui a une densité très élevée (>1000hb/km²), on dénombre trois pôles de peuplement autour des villes de Bouaké, Man, Daloa, Gagnoa, Soubré, Divo, Oumé et Yamoussoukro avec une densité allant de 70 à 100 hbts/km²

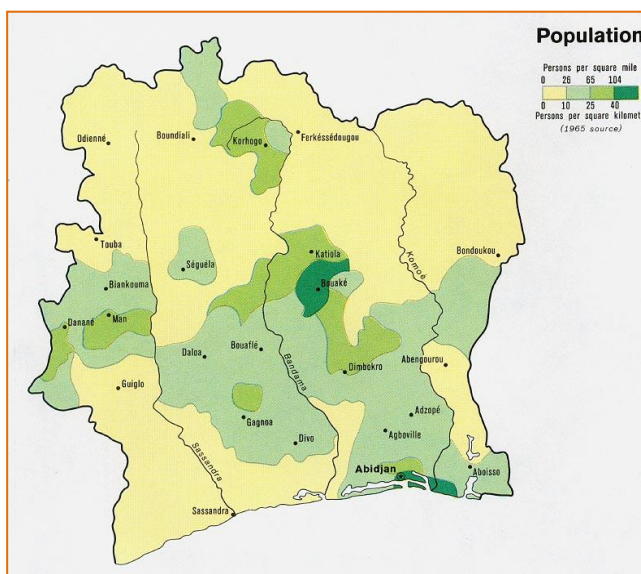


Figure 1 : Carte de la densité de la population de la Côte d'Ivoire avec les principales villes

¹ Base de données sur la population, INS/ Département de la Démographie et des Statistiques Sociales, 2006

Selon l'INS², 43% de la population totale a moins de 15 ans et 49% est constitué de femmes dont 51% en âge de procréer. Le taux de croissance démographique annuel est estimé à 2,6 % et une densité de 74 hbts/km².

La fécondité est élevée et précoce témoignant du dynamisme démographique qui caractérise le pays. Elle se traduit par un taux brut de natalité de 37 pour 1000 et un indice synthétique de fécondité de 5 enfants par femme³.

Environ 51,4% de la population vit en zone urbaine contre 48,6% en zone rurale. En milieu rural, 61 % des femmes et 44 % des hommes sont non scolarisés alors qu'en milieu urbain les proportions sont respectivement de 40 % et de 27 %.

Les régions sanitaires les plus peuplées sont les régions des Lagunes 2, lagunes 1, du Bas Sassandra, la Vallée du Bandama, le Haut Sassandra et des montagnes qui enregistrent plus d'un million cinq cent mille habitants.

La Côte d'Ivoire compte en son sein quatre (4) grands groupes ethniques (Mandé, KROU, GOUR, AKAN) et une soixantaine d'ethnies.

1. Le groupe MANDE : localisé dans le nord-ouest du pays, ce groupe, appelé aussi *mandingue*, compte surtout les Malinké, les Bambara, les Dioula, etc.
2. Le groupe KROU : au centre-sud et au sud-ouest résident les Krou ou Magwé
3. Le groupe GOUR (voltaïque): au nord-est, ce groupe constitue l'un des plus anciens peuples du pays, avec les Sénoufo et les Lobi
4. Le groupe AKAN : à l'est, au centre et au sud-est se trouvent les Akan, l'ethnie la plus nombreuse, et que l'on divise en *Akan du Centre* (principalement Baoulé), en *Akan frontaliers* (Agni, Abbron, etc.) et en *Akan lagunaires* (Ebrié, Abouré, Adioukrou, Appolloniens, etc.).



Figure 2 : Carte représentative des groupes ethniques de la Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire accueille sur son sol quatre à cinq millions d'étrangers, soit au moins le tiers de sa population. Il s'agit notamment des ressortissants des pays limitrophes notamment le Burkina Faso, le Ghana, le Libéria, la Guinée.... On compte également des Européens d'origine française, des Allemands, des Belges, etc. ainsi que des Américains et des Syro-Libanais.

² EDS-MICS 2011- 2012 citant l'INS, Projection de Population à partir du RGPH 1998, 2001

³ EDS 2011-2012

La Côte d'Ivoire conduit depuis avril 2014 un recensement de la population après ceux de réalisées en 1975, 1988 et 1998. L'évolution des indicateurs démographiques depuis 1988 est présentée ci-dessous par le tableau 1.

Tableau 1 : Evolution de quelques indicateurs démographiques

Indicateurs de population	Avant Dernier Recensement 1988	Dernier Recensement 1998	Données 2014
Population Totale (millions)	10 815 694	15 366 672	24 596 598
Population Femme (% du total)	48,9%		
Femmes Enceintes	-	-	3%
Tranche 0 – 5 ans	9,8%	14,78%	17,57%
Tranche 6 -14 ans (% du total)	13,6%	27,50%	35,04%
65 ans et plus (% du total)	1,05%		1,41%
Densité de population (hbts/km ²)	35,59%	48,54%	
Population Urbaine	39%	43%	51,4%
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	6,3	5,2	3
Taux Brut de Natalité (p.1000)	42,57%	38,94%	36,7%
Taux Brut de mortalité (p.1000)	13,52%	16,53%	14,4%
Taux d'Accroissement Naturel (%)	3,3%	2,85%	3,5%
Taux d'alphabétisation	67% (INS)	63% (INS)	56,2%

Sources : Banque Mondiale, INS

2.3 DONNEES ENVIRONNEMENTALES ET CLIMATIQUES

Le Relief

La Côte d'Ivoire dispose d'un relief relativement peu accidenté composé de plaines au Sud et de plateaux étagés au Centre et au Nord puis de montagnes à l'Ouest dont le point culminant est le Mont Nimba (1 753 mètres).

Le Climat

Le pays est traversé par deux masses d'air importantes : une masse d'air en provenance du Nord, caractérisée par un vent sec et chaud et chargé de fines poussières : c'est l'harmattan qui sévit de décembre à janvier et, une masse d'air venant de l'Océan Atlantique au Sud, constituée d'air humide.

Le contact de ces deux masses d'air forme le Front Inter Tropical (FIT) qui provoque des précipitations de type mousson. Les pluviométries annuelles moyennes de ces différentes zones climatiques varient de 900 mm (au Nord) à 2 300 mm (au Sud) et les températures oscillent autour de 28 °C en moyenne.

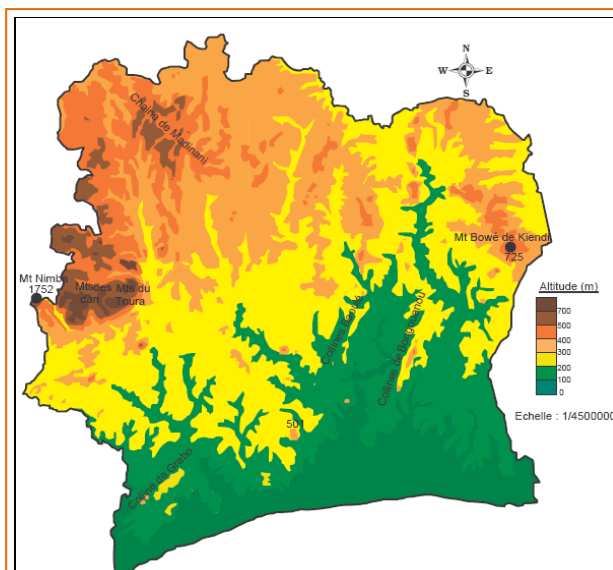
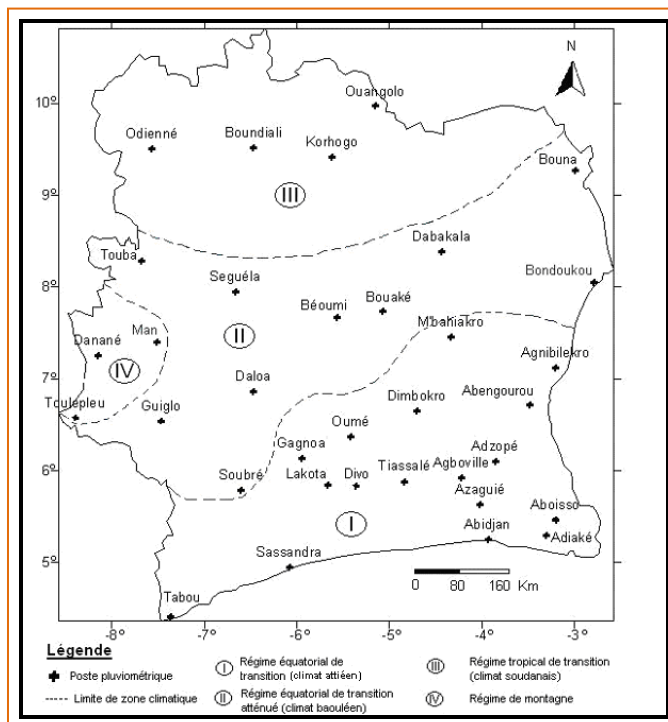


Figure 3: Carte du relief de la Côte d'Ivoire

Deux grandes zones climatiques se côtoient : le climat équatorial et le climat tropical de savane, lui-même plus ou moins sec.

Le climat subéquatorial est caractérisé par des températures de faibles amplitudes de (25 °C à 30 °C), un fort taux d'humidité (de 80 à 90 %) et des précipitations abondantes, qui atteignent à Abidjan 1 766 mm et à Tabou 2 129 mm. Cette zone connaît deux saisons sèches et deux saisons humides. La grande saison sèche, chaude, est entrecoupée de quelques pluies et s'étend du mois de décembre au mois d'avril. La petite saison sèche couvre les mois d'août et de septembre. Quant aux saisons de pluies, elles s'échelonnent de mai à juillet pour la grande et d'octobre à novembre pour la petite.

Le climat tropical de savane humide couvre le Nord de la zone forestière du Sud et le Sud de la région des savanes. Les températures, à amplitudes plus importantes, y oscillent entre 14 °C et 33 °C avec une hygrométrie de 60 % à 70 % et des précipitations annuelles de 1 200 mm à Bouaké. Cette région climatique connaît également quatre saisons : deux saisons sèches, de novembre à mars et de juillet à août et deux saisons pluvieuses d'avril à juin et de septembre à octobre.



L'analyse des données pluviométriques des périodes (1980 -1996) a permis de distinguer trois grandes zones climatiques (Nord, Centre et Sud). La zone Centre intégrant la zone montagneuse de l'Ouest. (Goaula et al., 2007).

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 maintenant de fortes pluies en décembre et l'harmattan ne dure plus que quelques semaines.

Figure 4: Zones Climatiques de la Côte d'Ivoire

La sécheresse qui a affecté le Sahel pendant plus d'une décennie a également touché la Côte d'Ivoire aussi bien dans les zones les moins arrosées que dans celles qui bénéficient de précipitations les plus abondantes, causée en partie par le déboisement trop rapide de la forêt. Il s'en est suivi une concentration des pluies sur une période plus courte ainsi qu'une détérioration de l'alternance des saisons dans le Sud.

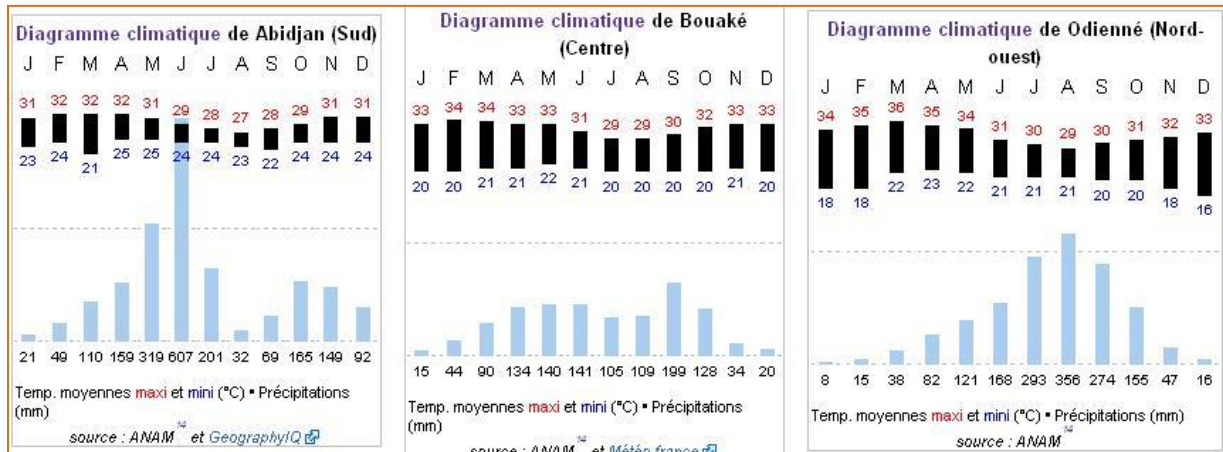


Figure 5: Diagramme des trois zones climatiques de la Côte d'Ivoire (1980-1996)

Les saisons pluvieuses constituent les périodes d'intenses activités agricoles au cours desquelles les femmes se consacrent aux travaux champêtres et aux activités de plantation. Généralement, ces femmes se rendent aux champs accompagnés de leurs enfants sans se munir de leur MILDA. Elles sont exposées et exposent dans ces conditions leurs enfants aux piqûres des anophèles et donc au paludisme. Il s'agira donc d'intensifier au cours des périodes des stratégies avancées de prévention et prise en charge des cas vers ses populations.

Eaux de surface

Les quatre grands fleuves (Cavally (700 km) à l'extrême-Ouest, du Sassandra (600 km) à l'Ouest, du Bandama (1 050 km) au Centre et du Comoé (1 160 km) à l'Est, dont les régimes hydrologiques s'apparentent étroitement aux précipitations, enregistrent une baisse générale des apports. Certains cours d'eau et réservoirs présentent des signes d'eutrophisation caractérisés par la présence de végétaux aquatiques envahissants qui constituent des gîtes larvaires des anophèles par excellence.

2.4 DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES

Tableau 2 : Principaux indices de développement

ITEMS	INDICE	Année
Rang du pays en fonction de l'indice de développement humain (IDH)	168 ^{ième} /186	2012
PIB par tête d'habitant (en USD)	1 243,9 USD	2012
Indice du développement humain	0,4324	2012
Indice d'Inégalité de Genre	0,671	2012
Index de développement de la Banque Mondiale	0,246	
Taux de croissance annuelle PIB	9,8%	2012
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

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

Dettes totales (en % PIB)	47,8%	2012
Taux d'alphabétisation	50,9%	2012
Taux de scolarisation primaire garçon (%)	76%	2012
Niveau de scolarisation primaire Fille (%)	65,2%	2012
Espérance de vie	50 ans	2012
Taux de mortalité maternelle	400 pour 100 000	2010
Taux de mortalité infantile	108 pour 1000	2012

Sources BM, BCEAO

La Côte d'Ivoire a connu en 2012 une croissance économique de 9,8% avec une légère baisse en 2013 (8%) selon le FMI.

Le PIB par tête a connu une croissance très faible de 0,24 % en moyenne par an sur la période 2004 – 2010. Il était de 1 243,9 USD par habitant en 2012.

- **Recettes publiques**

La Côte d'Ivoire a atteint en 2010 le point d'achèvement de l'initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) après de 12 ans d'efforts. En effet, c'est en 1998 que le pays avait obtenu son éligibilité au programme PPTTE.

Le Fonds monétaire international (FMI) et l'Association internationale de développement (IDA) de la Banque mondiale ont approuvé en juin 2012, à Washington aux USA, un allègement de 3,1 milliards de dollars US (plus de 1500 milliards de FCFA) de la dette de la Côte d'Ivoire au titre de l'initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE). Ce qui représente une réduction de 24 % de la dette extérieure du pays, plus un allègement de 1,3 milliard de dollars US (plus de 650 milliards de F CFA) au titre de l'initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM).

C'est au total un allègement de 2 150 milliards de FCFA dont bénéficie le pays. Il faut noter que parmi les déclencheurs satisfaits par la Côte d'Ivoire figurent entre autres la mise en œuvre satisfaisante du Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP), le maintien d'une politique macroéconomique saine, la publication régulière de données sur les Finances Publiques et la réforme de la gouvernance dans la filière cacao.

Ces ressources PPTTE 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.

D'importantes réformes sont entreprises en ce qui concerne la restauration et la consolidation des finances publiques, les réformes du secteur cacao, la libéralisation ou la révision des prix des produits pétroliers et de l'électricité et la réforme du secteur énergie, la réforme du secteur bancaire et financier et la restructuration des banques publiques en vue du financement de l'économie, la réhabilitation et le redéploiement de l'administration, la réhabilitation du secteur privé et la promotion de la compétitivité, 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** ».

Tableau 3 : Répartition des investissements en sources transversales (36%)

Investissements en sources transversales	Pourcentage
Justice et bonne gouvernance	7,2
Education et enseignement Technique et supérieur	6,5
Santé	5,4
Urbanisation et habitat	5,1
Environnement, salubrité, Eau potable, Eaux et forêt	4,3
Sécurité	3,7
Coopération inter et Régionale	1,8
Autres	2,1

Tableau 4 : Répartition des investissements en sources verticales (64%)

Investissements en sources verticales	Pourcentage
Infrastructures et transport	25,5
Energie, Mines et Hydrocarbures	16,6
Agriculture	8,5
Industrie et PME	6,1
TIC et recherche scientifique	2,2
Commerce, Artisanat et Tourisme	2,4
Autres	2,8

En matière de Gouvernance économique, les problèmes se rapportent à l'inadaptation du cadre juridique et institutionnel au développement des filières économiques, à la mauvaise gouvernance des entreprises publiques et au manque de coordination des organes de contrôle face à leur multiplicité.

Une vue d'ensemble de l'économie permet de faire ressortir d'autres problèmes structurels comme la faiblesse de l'investissement ; l'endettement élevé ; la faible compétitivité de l'économie ; la faible diversification de l'économie ; les dysfonctionnements liés au système financier et à la gestion des finances publiques.

L'impact attendu de cette stratégie de gouvernance économique est la création de richesse nationale soutenue à travers les mesures clés suivantes :

1. Améliorer la projection macroéconomique ;
2. Elargir l'assiette fiscale ;
3. Renforcer le système de recouvrement des impôts, taxes et droits de douane ;
4. Renforcer la lutte contre la fraude et l'évasion fiscale, et les campagnes de promotion de civisme fiscal ;
5. Mettre en œuvre le programme de privatisation ;
6. Renforcer la gestion des Etablissements Publics Nationaux, des sociétés d'Etat et des sociétés à participation financière publique ;
7. Améliorer la gestion des finances publiques ;
8. Améliorer le financement du secteur privé par le système bancaire et ;
9. Assainir le secteur de la micro finance.

Le coût global des mesures à mettre en œuvre dans le secteur économique s'élève à 284,261 milliards de F CFA sur la période 2012-2015 soit 2,57% du coût total du PND.

3. ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE

3.1 POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

La Côte d'Ivoire aspire à mettre en œuvre un système de santé intégré, responsable et efficient garantissant des soins promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptifs de qualité sur toute l'étendue du territoire national. Ces soins devront être géographiquement et financièrement accessibles à tous avec la participation effective et responsable de tous les acteurs.

Le Gouvernement, à travers le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida a élaboré la Politique Nationale de Santé (PNS) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015. Ces documents tiennent compte des défis à relever par la Côte d'Ivoire en matière de santé et dans la perspective de l'accélération de l'atteinte des OMD. Cette politique nationale de santé vise essentiellement à améliorer l'efficacité et l'efficience du système sanitaire d'une part et à améliorer l'offre et la qualité des prestations des services de santé d'autre part. Les valeurs d'équité, de justice sociale, d'éthique, de solidarité nationale et de transparence sous-tendent cette politique.

La politique de santé est traduite dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015. Elle 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'efficience du financement de la santé ;
- Accroissement et motivation des ressources humaines en santé ;
- Amélioration de la disponibilité de l'information sanitaire.

Il existe un document de politique nationale de santé mais il persiste une faible mobilisation des ressources et une insuffisance d'investissement de l'Etat pour la santé.

3.2 DESCRIPTION DU SYSTEME SANTE

Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé.

La représentation du système de santé ivoirien est de type pyramidal avec un versant administratif et un versant offre de soins qui comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'offre de soins à travers la médecine traditionnelle.

Le système de santé actuel ivoirien est régi par l'arrêté N°028/MSP/CAB du 08 février 2002 portant détermination de la pyramide sanitaire et répartition des établissements et services publics sanitaires.

3.2.1 Au plan administratif

- Le niveau central

Il comporte le Cabinet, 2 Directions Générales, 9 Directions Centrales, 14 Établissements Publics Nationaux (EPN) et 24 Directions de Coordination des programmes nationaux de santé dont le PNLP.

Ce niveau a une mission de définition de la politique de santé, d'appui et de coordination globale du système de santé. Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le niveau central représente le niveau de prise de décision. Tous les documents stratégiques et les directives élaborées par le PNLP avec l'appui des experts et partenaires sont soumis au cabinet pour adoption. Hiérarchiquement, le PNLP rend compte de ses activités à travers un rapport trimestriel transmis à la Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de Proximité (DSCMP) qui sous la supervision de la Direction Générale de la Santé assure le suivi et la coordination des programmes de santé dont celui de la lutte contre le paludisme.

- Le niveau intermédiaire

Il est représenté par 20 Directions Régionales de la Santé (DRS). Conformément à l'arrêté n° 399 MSHP/CAB du 18 décembre 2007, la direction régionale de la santé couvre plusieurs districts sanitaires et tous les établissements sanitaires publics, privés et confessionnels dépendant de son territoire.

Elle a pour missions entre autres, la coordination de la mise en œuvre de la politique nationale de la santé, le suivi et l'évaluation des activités sanitaires y compris les interventions de lutte contre le paludisme. Depuis 2010, le PNLP à travers la subvention du Round 8, apporte un appui logistique à travers l'acquisition de véhicules pour certaines directions régionales de la santé et un appui financier trimestriel à toutes les directions régionales de la santé pour la mise en œuvre des supervisions et l'organisation de réunions de coordination.

- Le niveau périphérique

Il comporte 82 Directions Départementales de la Santé (DDS) ou Districts Sanitaires.

Conformément à l'arrêté n° 400 MSHP/CAB du 18 décembre 2007, la direction départementale regroupe tous les services sanitaires publics et privés de son aire de délimitation.

Elle a pour mission d'appliquer la politique nationale en matière de santé, d'appliquer la stratégie de soins de santé primaires basée sur le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et d'animer et de coordonner les activités des structures sanitaires publiques et privées. Chaque Direction départementale est administrée par une Équipe Cadre de District (ECD) dirigée par le Directeur départemental.

Les ECD ont la responsabilité d'opérationnaliser la politique nationale de santé. Les ECD assurent le suivi et la supervision des prestataires dans l'application des directives de lutte et la collecte et transmission des données sanitaires du paludisme au niveau central.

3.2.2 Au plan de l'offre de soins :

- Offre publique de soins

- Le niveau central

Il comprend les établissements sanitaires de deuxième niveau de référence. Il comprend les Centres Hospitaliers Universitaires (4 CHU), les instituts spécialisés (5) et autres Etablissements Publics Nationaux (4) et le SAMU. Ces établissements assurent grâce à leur plateau technique le diagnostic, et la prise en charge des cas de paludisme grave. Ils ont pour rôle également de faire de la recherche opérationnelle en ce qui concerne la lutte contre le paludisme.

- Le niveau intermédiaire

Il est constitué par les établissements sanitaires de premier niveau de référence représenté par les Hôpitaux Généraux (au nombre de 81 dont 67 ayant le plateau technique requis), des Centres Médicaux Spécialisés (CMS) les Centres Hospitaliers Régionaux (18 CHR dont 17 fonctionnels). Ces établissements assurent également le diagnostic et la prise en charge des cas de paludisme simple et grave, le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes et la distribution de MILDA en routine.

- Le niveau périphérique

Il est constitué de 1.945 établissements de niveau 1 appelés établissements sanitaire de premier contact (ESPC) dont 1637 fonctionnels. Chaque ESPC est dirigé par l'agent de santé qualifié (médecin ou Infirmier Diplômé d'État ou une Sage-femme Diplômée d'État). Cet établissement assure le diagnostic et la prise en charge du paludisme simple. Les cas de paludisme grave sont référés à l'hôpital du district. Le traitement préventif intermittent y est aussi réalisé chez les femmes enceintes au cours des consultations prénatales. Les MILDA sont distribuées en routine aux femmes enceintes et aux enfants de moins d'un (01) an dans les ESPC.

Sur la base de la population totale ivoirienne de 2012 estimée à 23 712 942 selon l'INS, on obtient : 1 ESPC pour 14 486 habitants ; 1 médecin pour 12 025 habitants et 1 infirmier pour 5 232 habitants.

Ces ratios personnels de santé/population comparés aux objectifs nationaux ci-après visés pour fin 2015 dans le PNDS à savoir : 1 ESPC pour 10 000 habitants, 1 médecin pour 5 000 habitants et 1 infirmier pour 2 000 habitants révèlent la nécessité de maintenir des efforts soutenus en matière de recrutement du personnel de santé et de construction d'ESPC pour que la Côte d'Ivoire réalise efficacement ses objectifs en matière de santé.

- Offre privée de soins

- Le secteur sanitaire privé :

Ce secteur s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de tout niveau et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines privées de pharmacie et infirmeries privées). Il est essentiellement présent dans les grandes agglomérations ou les pôles économiques.

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.

En 2011, le pays comptait pour ce secteur, 2 036 établissements de santé privés dont 554 autorisés et 1482 non autorisés par le MSLS. Parmi ces structures privées, il existe 13 Polycliniques, 136 Cliniques, 964 Infirmes privées, 114 Cabinets de médecine et de Gynéco-Obstétrique, 463 Centres de santé des entreprises, qui offrent un paquet d'activités prenant en compte la prise en charge du paludisme (*DIPE, 2011 : Répertoire des structures sanitaires publiques et privées*).

Cependant, si la collaboration a été initiée avec les centres de santé non lucratifs des entreprises à travers la CECL, ce n'est pas le cas en ce qui concerne les structures privées lucratives.

L'existence d'organisations socio professionnelles 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 infirmes privées) constitue une opportunité pour la mise en place d'un cadre formel fonctionnel de collaboration pour la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme.

- Offre de soins par la médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle occupe une place importante avec plus de 8 500 Tradipraticiens de Santé (TPS) se trouvant dans le répertoire national. L'existence d'un Programme National de Promotion de la Médecine traditionnelle avec une direction de coordination constitue un atout pour le renforcement de la lutte contre le paludisme au niveau communautaire.

- Offre de soins au niveau communautaire par les ASC et ONG

Au niveau communautaire, l'offre de soins est assurée par les ASC, notamment 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.

3.3 FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE

Le fonctionnement du système de santé repose sur les 6 piliers fondamentaux suivants :

- **La gouvernance et le leadership au niveau du secteur de la santé**

Les questions de gouvernance et de leadership du secteur de la santé sont prises en compte par l'organisation du système de santé qui définit les rôles et responsabilités des différents acteurs au niveau central et décentralisé.

Toutefois, le cadre de régulation des interventions des partenaires est peu fonctionnel. La coordination, la supervision et le contrôle sont souvent irréguliers.

- **Le financement de la santé**

Le financement du système de santé en Côte d'Ivoire est assuré par le secteur public, le secteur privé y compris les ménages et les partenaires au développement.

La contribution de l'Etat dans la dépense totale de santé est de 17% tandis que celle des ménages et des partenaires au développement représente respectivement 70% et 13% en 2008 (rapport comptes nationaux de la santé).

La part annuelle du budget de l'Etat alloué au Ministère en charge de la santé reste très faible. Elle était de 4% en moyenne de 2006 à 2010. La lutte contre le paludisme bénéficie d'une ligne budgétaire de 2 milliards de FCFA pour l'acquisition de MILDA depuis 2012. Cependant, seulement la moitié de cette somme a été mobilisée effectivement ces trois dernières années (2012, 2013 et 2014).

▪ **L'approvisionnement et la distribution des médicaments et autres intrants stratégiques**

L'approvisionnement et la distribution des médicaments et autres intrants stratégiques dans le secteur public et parapublic sont assurés par la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP). Tous les produits distribués par la NPSP sont subventionnés et sont délivrés à des coûts plus abordables contrairement aux produits distribués dans le secteur privé.

Le recouvrement des coûts des médicaments est appliqué dans toutes les structures de santé. L'application depuis 2010 de la politique de gratuité des intrants de lutte contre le paludisme (CTA, SP, TDR) est une mesure qui a permis d'éliminer les barrières d'accessibilité financière aux soins pour la population.

L'existence de marché illicite du médicament et la vente des médicaments contrefaits restent un véritable phénomène qui fragilise les efforts consentis pour la prévention et la prise en charge correcte et rapide du paludisme chez les populations notamment celles à risque élevé que sont les enfants et les femmes enceintes.

▪ **Les services de santé**

L'analyse diagnostique du secteur de la santé, consignée dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015, ressort l'existence d'énormes disparités au niveau de l'accès aux services de santé entre les régions sanitaires. En effet, malgré le développement important de l'offre des soins, sur le plan qualitatif et quantitatif tant au niveau du secteur public que privé, le dispositif de santé bute sur de nombreux dysfonctionnements.

Les infrastructures sanitaires sont en nombre insuffisant et inégalement réparties sur le territoire national. Selon le rapport 2012 sur la carte sanitaire primaire, le ratio au niveau national de nombre d'habitants par ESPC était de 14 486 contre 10 000, fixé comme norme nationale dans le PNDS 2012-2015.

En outre, l'accès de la population aux établissements de santé disponibles est parfois difficile en milieu rural à cause du mauvais état des routes. On estime à 64% la population située à moins de 5 km d'un centre de santé et qui ont accès à des services de soins de qualité. En ce qui concerne les voies d'accès, 29 % (523) des établissements sanitaires sont accessibles par des voies bitumées en 2012.

Ces dysfonctionnements sont perceptibles notamment à travers la répartition géographique inéquitable des infrastructures, des ressources humaines, matérielles, et financières disponibles. Cette situation ne permet pas d'assurer l'équité dans l'accès aux services de santé pour les populations vulnérables (mères, enfants, handicapés) et défavorisées (pauvres, ruraux...).

Face à ces insuffisances, plusieurs mesures ont été prises par le gouvernement dont :

- la gratuité de la prise en charge complète des femmes enceintes et des enfants âgés de moins de 5 ans pour les maladies prioritaires dont le paludisme. Cette gratuité s'étend à la prise en charge de la population générale pour les urgences y compris la prise en charge du paludisme grave ;
- la mise en place d'un régime de couverture du risque maladie, appelé Couverture Maladie Universelle (CMU), en vue de permettre à chaque citoyen de bénéficier d'une assurance maladie ;
- le renforcement de la prise en charge communautaire ;
- le renforcement des activités des stratégies avancées.

Cependant, des efforts restent à faire en matière de construction d'ESPC par rapport aux objectifs nationaux et internationaux.

- **Les ressources humaines en santé** (Projet d'appui à la carte sanitaire primaire, 2013).

Les ressources humaines de santé (RHS) sont de diverses compétences.

Concernant le personnel de santé en service dans les établissements sanitaires ouverts, le recensement de 2012 a révélé un effectif global de 32 269 agents. Sur cet effectif, 68 % (21 921) sont en service au sein des ESPC ; 22 % (7 002) exercent au sein des établissements de niveau 2 et 10 % (3 346) au sein des établissements de niveau 3.

Notons par ailleurs, qu'il existe 14 520 personnels volontaires ou bénévoles dont 12 933 Agents de Santé Communautaire (ASC) et 1 587 matrones.

Au sein des 1 637 ESPC fonctionnels, 1 972 médecins, 4 532 infirmiers et 2 447 Sages-Femmes ont été recensés en 2012. Parmi eux, 47% des médecins, 28% des infirmiers et 39% des sages-femmes exercent dans le district autonome d'Abidjan.

Le ratio prestataire de soins /population est présenté dans le tableau ci-dessous :

Tableau 5 : Ratio prestataire de soins /population

RATIO	NORME NATIONALE (PNDS 2012-2015)	NORME INTERNATIONALE (OMS)	RATIO NATIONAL en 2012
Nombre d'habitants pour 1 médecin	5 000	10 000	12 025
Nombre d'habitants pour 1 infirmier	2 000	5 000	5 232
Nombre de FAP pour 1 sage-femme	3 000	3 000	Non disponible

Le personnel de santé du secteur privé manque dans la plupart des cas de formation continue sur les directives nationales notamment de prise en charge du paludisme contrairement au personnel du secteur public. Par ailleurs, les ressources humaines sont marquées par une forte disparité dans leur répartition. L'urgence de besoin supplémentaire en effectif concerne les paramédicaux.

Au regard de ces résultats, l'on peut dire que quelques progrès restent à réaliser en matière de recrutement du personnel médical et, cela, par rapport aux objectifs nationaux et internationaux.

- **Les prestations de services**

L'offre des prestations de services de base conformément à la politique des soins de santé primaire (SSP) est assurée par les ESPC et les hôpitaux de référence de district (HG et CHR). Chaque ESPC offre des activités curatives, préventives et promotionnelles conformément au paquet minimum d'activités définis pour son niveau. En milieu urbain, certains ESPC (FSU) offrent selon le plateau technique des prestations supplémentaires spécialisées.

- **Les informations sanitaires**

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) intègre les données d'activités curatives, préventives, promotionnelles et de gestion des ressources des ESPC, HG, CHR et des centres de santé confessionnels. Il collecte les données sur les prestations de lutte contre le paludisme.

Ce système est peu informatisé et l'on note des ruptures fréquentes en outils de collecte de données ce qui ne permet pas d'obtenir des données à temps réel pour la prise de décision. Par ailleurs les données sanitaires du secteur privé ne sont pas collectées par le SNIS.

3.3.1 Contribution du PNLP au renforcement du système de santé

Les activités réalisées par le PNLP essentiellement dans le cadre du passage à échelle des interventions de lutte contre le paludisme ont contribué à améliorer la qualité de l'offre de soins par la formation de 4 000 prestataires à la PEC des cas de paludisme et 132 biologistes au diagnostic biologique du paludisme de 2010 à 2013.

La disponibilité des médicaments et intrants de la lutte (TDR, MILDA, SP, CTA) a été régulièrement assurée dans l'ensemble des structures sanitaires malgré les difficultés de rupture enregistrées parfois dans certaines formations sanitaires.

Concernant les capacités logistiques, le PNLP a permis l'équipement de 82 districts sanitaires en kits informatiques, l'acquisition de 70 microscopes pour les hôpitaux de référence et le renforcement des capacités des organisations communautaires intervenant dans les activités de lutte contre le paludisme.

Les efforts conjugués des différents acteurs de la santé de la mère et de l'enfant combinées au passable à échelle des interventions de lutte contre le paludisme ont contribué à l'amélioration des indicateurs notamment, le taux de possession en moustiquaires imprégnées qui est passé de 10% en 2006 à 67% en 2012, avec un taux d'utilisation qui est passé de 3% en 2006 (MICS, 2006) à 33% en 2012 (EDSCI III, 2012).

En ce qui concerne les femmes enceintes, le taux de couverture en SP2 est passé de 8% en 2006 à 20% en 2012 (EDSCI III, 2012). La mortalité toutes causes confondues chez les moins de 5 ans, est passée de 125 pour 1000 à 108 pour 1000 de 2006 à 2012.

Ainsi malgré les avancées remarquables du programme de lutte, les résultats restent insuffisants au regard des objectifs fixés pour le renforcement du système de santé dans le PNDS et les OMD.

3.3.2 ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MÉNACES (FFOM)

Tableau 6 : Analyse des forces et faiblesses du système de santé

Domaines d'interventions	Forces	Faiblesses	Actions requises pour renforcer le système de santé
Politique Nationale De Santé	Existence du document de politique nationale de santé	Faiblesse de la part du budget de l'Etat alloué à la santé	Faire un plaidoyer au niveau du gouvernement pour l'octroi des 15% du budget alloué à la santé
Leadership et gouvernance	Définition des rôles et responsabilités des acteurs au sein du système de santé	<p>Irrégularité et faible documentation des activités de coordination, de supervision et de contrôle</p> <p>Faible appropriation de la mise en œuvre des interventions par les DRS et DDS</p> <p>Absence d'un cadre formel de coordination des interventions des partenaires de la lutte contre le paludisme</p>	<p>Mettre à la disposition des DRS et DDS des outils de rapport des activités de coordination, de supervision et de contrôle simplifiés et standardisés</p> <p>Instaurer la retro information systématique de toutes les activités</p> <p>Instituer l'organisation des réunions bilan et de planification semestrielle avec les régions et districts de santé</p> <p>Mettre en place un cadre fonctionnel de coordination des partenaires</p>

<p>Financement de la santé et Flux financiers</p>	<p>Inscription d'une ligne budgétaire pour le financement de la lutte contre le paludisme</p> <p>Disponibilité des partenaires pour le financement de la lutte contre le paludisme</p>	<p>Faiblesse du budget de l'Etat alloué à la santé en général et à la lutte contre le paludisme en particulier</p> <p>Lenteur dans le mécanisme de mise à disposition des fonds provenant des partenaires</p> <p>Complexité des procédures de justification des ressources</p> <p>Conditions d'éligibilité au financement non négociables</p>	<p>Faire le plaidoyer auprès du MEF pour accroître le budget de l'Etat alloué à la santé en général et à la lutte contre le paludisme en particulier</p> <p>Faire le plaidoyer pour l'allègement des conditions de décaissement des fonds</p> <p>Elaborer un manuel de procédures harmonisées au niveau du MSLS pour la gestion des ressources provenant des partenaires</p> <p>Faire le plaidoyer auprès des partenaires pour l'allègement des conditions d'éligibilité au financement.</p>
<p>Approvisionnement et la distribution des Médicaments, autres Intrants stratégiques</p>	<p>Tous les produits distribués par la NPSP sont subventionnés et sont délivrés à des coûts plus abordables contrairement aux produits distribués dans le secteur privé.</p>	<p>La lutte contre le marché illicite du médicament</p> <p>Manque de soutien et de coordination exposant les populations à des risques sanitaires.</p>	<p>Mettre en place un système de contrôle qualité des médicaments et intrants à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement</p>
<p>Instauration de la gratuité ciblée prenant en compte la prise en charge du paludisme</p> <p>coûts abordables de médicaments et intrants distribués par la NPSP</p>		<p>Faible niveau d'information de la population sur la politique de gratuité ciblée</p> <p>Faible couverture sanitaire des populations</p> <p>Faible niveau de couverture de la population par les assurances maladies</p>	<p>Renforcer les activités de communication de masse et de proximité sur la gratuité ciblée</p> <p>Renforcer les activités intégrées en stratégies avancées dans zones faiblement couvertes y compris les quartiers précaires urbains</p> <p>Etendre la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant à l'ensemble des districts sanitaires</p>
<p>Développement des ressources humaines</p>	<p>Existence de ressources humaines pour la santé de diverses compétences</p>	<p>Sous-effectif du personnel de santé en particulier le personnel paramédical</p>	<p>Accroître l'effectif du personnel soignant dans les services de santé</p> <p>Faire le plaidoyer pour l'application des normes</p>

		<p>Forte disparité dans la répartition du personnel de santé</p> <p>Faible capacité de coordination de la formation continue du personnel sur les directives nationales notamment dans le secteur privé.</p>	<p>relatives aux effectifs de personnels soignant dans les structures de santé.</p> <p>Intégrer dans le plan de formation continue le secteur privé de soins sur les directives nationales</p> <p>Poursuivre la diffusion des directives nationales dans les secteurs publics et privés de soins</p>
Amélioration des prestations de services		<p>Faible intégration des interventions de santé,</p> <p>Insuffisance des stratégies avancées pour les activités programmable</p> <p>Insuffisance d'application des directives, normes et standards (PMA),</p> <p>Insuffisance de sensibilisation des populations sur l'offre de soins</p>	<p>Renforcement des activités de supervision et de contrôle qualité des services offerts ;</p> <p>Renforcement des services offerts en stratégies avancées</p>
Partenariat		<p>Faible implication du secteur privé lucratif et non lucratif</p>	<p>Impliquer ce secteur dans le cadre élargi de mise en œuvre et de suivi des activités de lutte.</p>
Système de santé Privé	<p>Emergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories offrent un paquet d'activités prenant en compte la prise en charge du paludisme</p> <p>Existence d'organisations socio professionnelles de régulation du secteur sanitaire privé</p>	<p>Faible application des Directives nationales</p> <p>Coûts élevés des prestations limitent l'accès des populations au service de santé privé</p> <p>Coûts des médicaments non subventionnés.</p>	<p>Renforcement des activités de supervision et de contrôle qualité au niveau de ces services privés ;</p> <p>Impliquer ce secteur dans le cadre élargi de mise en œuvre et de suivi des activités de lutte.</p>

<p>Système communautaire</p>		<p>Absence de politique clairement définie au niveau central</p> <p>Faible couverture des services communautaires par rapport aux besoins nationaux</p> <p>Insuffisance du Système de supervision, de suivi et de contrôle qualité des activités communautaires</p>	<p>Elaboration et mise en œuvre d'une politique nationale de la prise en charge communautaire</p> <p>Extension à la totalité du pays des services communautaires de base</p> <p>Renforcement du système de suivi et de contrôle qualité de ces activités</p>
<p>système d'information sanitaire</p>	<p>Existence d'outils standardisés de collecte de données</p> <p>Informatisation du système en cours de développement</p> <p>Disponibilité de ligne budgétaire pour la reproduction des outils de collecte et de rapportage de données</p>	<p>Données sanitaires du secteur privé et du secteur communautaire non collectées par le SNIS.</p> <p>Retard dans l'adaptation des outils aux besoins d'information sanitaire actuelle</p> <p>Absence d'outils standardisés de collecte et rapportage des données du secteur privé</p> <p>irrégularité de production des rapports sur les statistiques sanitaires</p>	<p>Renforcement du système de collecte et de gestion des données du secteur privé</p> <p>Renforcement du système de collecte de données et de gestion communautaires</p> <p>Amélioration du système de collecte et de gestion de données hospitalières</p>

4. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

4.1 EPIDEMIOLOGIE

En Côte d'Ivoire, le paludisme constitue un problème majeur de santé publique. Toute la population ivoirienne est exposée au paludisme. La transmission est stable sur toute l'année avec des recrudescences en saison des pluies. Il s'agit du premier motif de consultation avec une prévalence hospitalière de 43% en 2010 dans les structures de soins publiques ([Analyse situationnelle, 2010](#)).

Le paludisme est inscrit au rang des maladies prioritaires dans le Plan de Développement Sanitaire (PNDS). Le profil épidémiologique des maladies transmissibles en Côte d'Ivoire publié en 2010 par l'OMS classe le paludisme parmi les maladies à fortes charge de morbidité et présentant un potentiel d'amplification telles que les maladies respiratoires aiguës chez l'enfant, les maladies diarrhéiques, la tuberculose et le VIH.

En 2013, plus de 3,5 millions cas de paludisme ont été enregistrés dans les structures de soins publics, avec une incidence de 105 pour 1000 dans la population générale et 295 pour 1000 chez les enfants de moins de 5 ans ([ASS, 2013](#)).

4.1.1 Parasites du paludisme

La principale espèce parasitaire est *Plasmodium falciparum* retrouvée dans 95 à 99% des cas. Elle est à l'origine de la plus part des infections rencontrées. Toutefois, d'autres espèces sont rencontrées en Côte d'Ivoire : il s'agit de *Plasmodium malariae* (3 à 4,2%), dans quelques rares cas, *Plasmodium ovale* (0,3 à 0,7%). *Plasmodium malariae* et *P. ovale* sont le plus souvent retrouvés en association avec *P. falciparum*⁵⁶ ([Assi et al., 2013](#) et [Hürlimann et al., 2014](#)).

La prévalence parasitaire globale pour toutes les espèces varie de 64 à 75% avec les plus fortes prévalences observées chez les enfants de moins de 5 ans ([Assi et al., 2013](#) et [Hürlimann et al., 2014](#)).

En ce qui concerne la résistance de *P. falciparum* aux antipaludiques (CTA) utilisés pour le traitement du paludisme simple, les différentes études d'efficacité thérapeutiques et parasitologiques ont montré que une efficacité thérapeutiques des CTA de plus de 95% ([Menan et al., 2012⁷](#) ; [Touré et al., 2013⁸](#))

4.1.2 Vecteurs du paludisme

La Côte d'Ivoire fait partie de la zone de paludisme stable comme la quasi-totalité des zones équatoriale et tropicale ([Mouchet et al., 2004](#)). La transmission du paludisme est soumise à une grande variation temporelle et spatiale ([Hay et al., 1998⁹](#); [Ye et al., 2007¹⁰](#)). Le paludisme est transmis par trois complexes d'espèces vectorielles : *Anopheles gambiae s.l.*, *Anopheles. funestus s.l.* et *Anopheles. Nili s.l.* Les principaux vecteurs identifiés en Côte d'Ivoire sont *Anopheles gambiae* et *An. funestus* ([Betsi et al., 2012¹¹](#) ; [Adja et al., 2011¹²](#)). Le vecteur secondaire est *An. nili* ([Adja et al., 2006¹³](#), 2011).

⁵ Assi et al., 2013. Inland valley rice production systems and malaria infection and disease in the forest region of western Cote d'Ivoire. *Malar J*, 10;12(1):233

⁶ Hürlimann et al., 2014. The epidemiology of polyparasitism and implications for morbidity in two rural communities of Côte d'Ivoire. *Parasit Vectors*, 25;7:81. doi: 10.1186/1756-3305-7-81.

⁷ Menan H et al., 2012. Rapport d'étude sur l'efficacité thérapeutique et parasitologique des CTA dans trois sites sentinelles de CI initié par le PNLP.

⁸ Trouré OA et al., 2013. Rapport d'étude sur l'efficacité thérapeutique et parasitologique des CTA dans trois sites sentinelles de CI initié par le PNLP.

⁹ Hay SI, Snow RW, Rogers DJ, 1998. Predicting malaria seasons in Kenya using multi-temporal meteorological satellite sensor data. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 92 : 12-20.

¹⁰ Ye Y, Kyobutungi C, Louis VR, 2007. Sauerborn R. Micro-epidemiology of *Plasmodium falciparum* malaria. Is there any difference in transmission risk between neighbouring villages? *Malar J*, 6: 46.

¹¹ Betsi AN, Tchicaya ES, Koudou BG, 2012. Forte prolifération de larves d'*An. gambiae* et *An. funestus* en milieux rizicoles irrigués et non irrigués dans la région forestière ouest de la Côte-d'Ivoire. *Bull Soc Pathol Exot*, 105 : 220-229.

Les données disponibles montrent une forte anthropophilie d'*Anopheles gambiae* (77%) dans les localités où ce paramètre a été pris en compte : Bouaké, Gansé, Zatta, Tiémélékro, Sassandra, Soubré et Man. Ce taux est de 56% avec *Anopheles funestus*.

On note un caractère endophage des 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. Ces deux vecteurs sont largement endophiles mais peuvent devenir exophiles ou s'adapter à l'habitude de couchage des populations (Koffi *et al.*, 2009¹⁴).

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 intradomiciliaire : l'Étofenprox (13 à 82%), le DDT (57 à 93%), la dieldrine (50 à 68%), le pyrimiphos-méthyl (17 à 33%) le fenitrothion (9%), le carbosulfan (75 à 86%) puis le bendiocarb (52%). Cette résistance présente des variations selon les faciès épidémiologiques du paludisme pour chacune des 20 régions sanitaires du pays¹⁵.

4.1.3 Dynamique de transmission

Sur le plan national, la dynamique de la transmission varie suivant les zones climatiques subdivisées comme suit :

- La zone du 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 elle dure quasiment toute l'année ;
- La zone du Nord : zone de savanes boisées ou secteurs Sub-Soudanais et soudanais. La transmission est permanente avec une recrudescence pendant les saisons de pluies qui dure 6 à 8 mois;
- La zone de transition au centre, 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.

En termes d'indices entomologiques de la transmission, les résultats des différentes études montrent une variation suivant les faciès épidémiologiques naturels mais également en fonction des modifications de l'environnement à des fins agricoles.

Ainsi le taux d'inoculation entomologique (TIE) varie de 400 piqûres infestées par homme par an (pi/h/an) à 266 pi/h/an au centre du pays, à 410 pi/h/an en zone de savane boisées à l'est, de 365 pi/h/an en zone de savane au nord. Les TIE les plus faibles sont observés sur le littoral avec un taux au tour de 22 pi/h/an (Koffi *et al.*, 2009).

4.1.4 Niveau d'endémicité

¹² Adja AM, N'Goran EK, Koudou BG, Dia I, Kengne P, Fontenille D, Chandre F, 2011. Contribution of *Anopheles funestus*, *An. gambiae* and *An. nili* (Diptera: Culicidae) to the perennial malaria transmission in the southern and western forest areas of Côte d'Ivoire. *Ann Trop Med Parasitol*, 105 : 13-24.

¹³ Adja AM, N'Goran KE, Kengne P, Koudou GB, Toure M, Koffi AA, Tia E, Fontenille D, Chandre F, 2006. Transmission vectorielle du paludisme en savane arborée à Gansé en Côte d'Ivoire. *Med Trop*, 66 : 449- 455.

¹⁴ Koffi A *et al.*, 2009. Rapport sur le profil entomologique de la Côte d'Ivoire de 1960 à 2009.

¹⁵ Rapport de l'étude sur l'évaluation du niveau de résistance des moustiques vecteurs de paludisme dans les six sites sentinelles de Côte d'Ivoire. 2012.

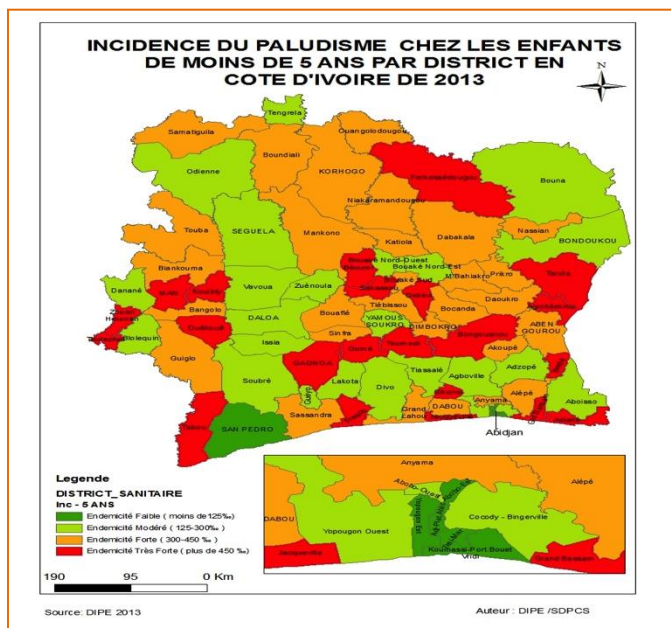


Figure 6: Cartographie de la morbidité des enfants de moins de 5 ans en 2013 par District Sanitaire

En Côte d'Ivoire, le paludisme est endémique dans tout le pays avec une transmission beaucoup plus importante au cours de la saison des pluies marquée par de forte densité des populations vectorielles.

La cartographie de l'incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans révèle une répartition variable selon les districts. On note que 58 districts sur les 82 que compte le pays soit 71% des districts enregistrent une forte endémicité de 300 à 450 cas pour 1000 (couleur rouge et orange). Seulement 6 districts que sont San-pédro, Yopougon-est, Abobo-est, Adjamé-plateau, Treichville-marcory koumassi-Port-bouet présentent les faibles incidences moins de 125 cas pour 1000.

La figure 7 montre une augmentation dans le temps des cas confirmés de paludisme qui est superposable aux cas de fièvre (suspects) depuis 2012. Cette augmentation des cas s'expliquerait par l'augmentation de recrutement des cas à travers les stratégies avancées et à travers l'amélioration du système de collecte de données instaurées depuis trois ans déjà... (voir graphiques ci-dessous).

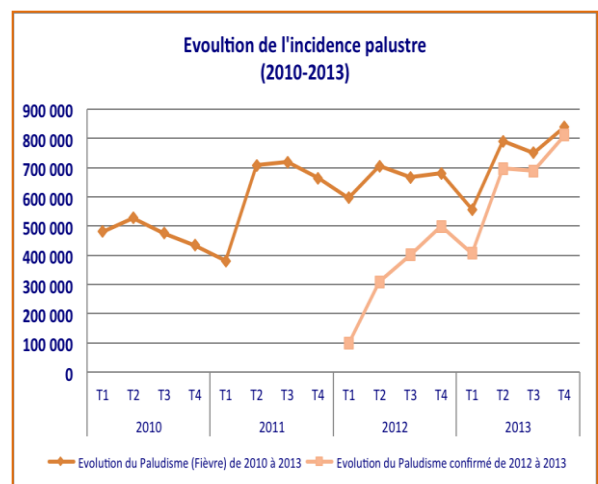


Figure 7 : Evolution trimestrielle des cas de fièvre de 2010 à 2013 et des cas de paludisme confirmés de 2012

Les enfants de moins de 5 ans payent le lourd tribut à cette endémie comme le révèle la figure 8 qui montre des incidences de trois à quatre fois plus importantes chez les enfants que dans la population générale. Cette incidence a une tendance à la baisse chez les enfants de moins de 5 ans avec l'introduction des TDR en 2012 pour le diagnostic systématique des cas suspects

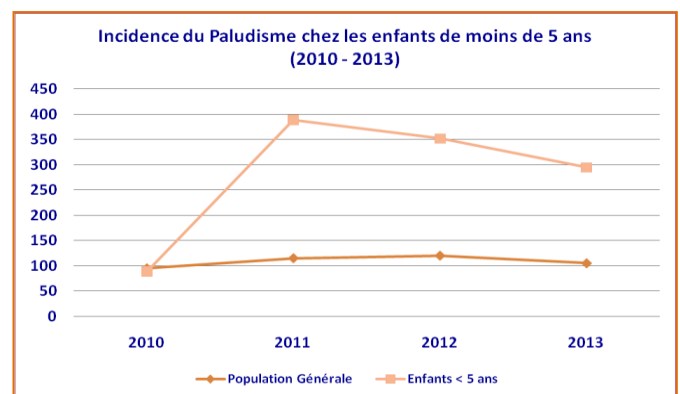
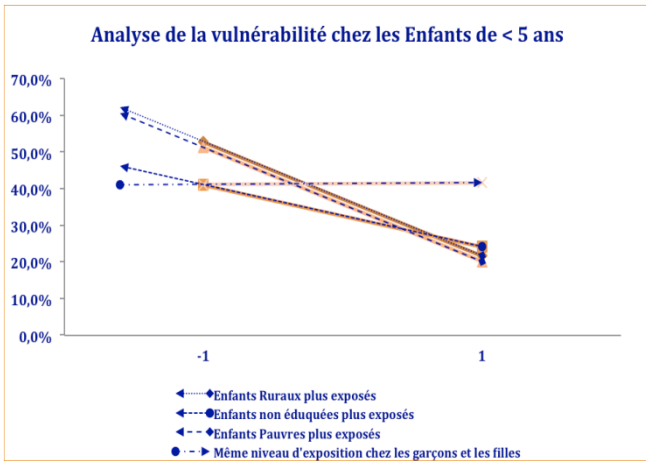


Figure 8: Evolution trimestrielle des cas de paludisme



Par ailleurs, l'analyse des autres déterminants liés à cette endémie (EDSCI III, 2012) montre que chez les enfants ruraux, les enfants des mères les moins éduquées et les enfants issus de familles pauvres sont encore plus exposés à la maladie (Figure 9).

Figure 9: Analyse de la vulnérabilité palustre des enfants de moins de cinq ans

Chez les femmes enceintes, les plus jeunes, les plus pauvres, les moins éduquées et celles habitant en zone rurale demeurent plus exposées au paludisme (figure 10). (EDS, 2012).

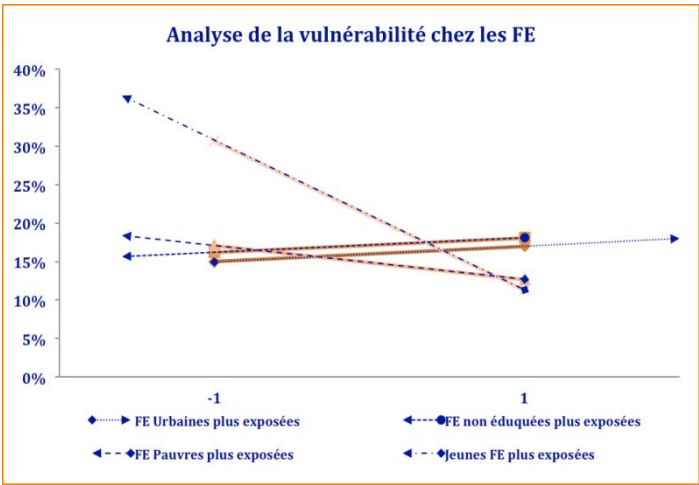
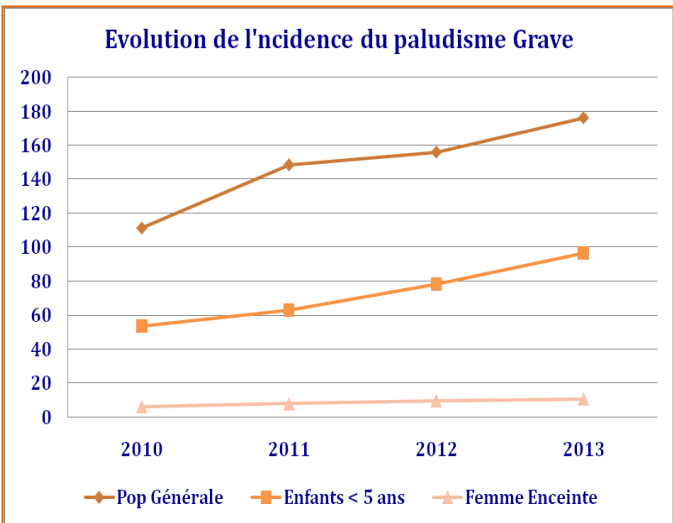


Figure 10: Analyse de la vulnérabilité palustre des femmes enceintes

L'analyse de l'évolution du paludisme grave révèle aussi de fortes incidences chez les enfants de moins de cinq ans par rapport au reste de la population et une incidence non négligeable chez la femme enceinte nécessitant ainsi des innovations d'approche (stratégies avancées) et un renforcement des interventions communautaires pour ces deux cibles en priorité (figure 11) (EDS, 2012).



Cependant, il est à noter que l'enregistrement des décès liés au paludisme en milieu hospitalier demeure encore un défi pour le système de santé national de la Côte d'Ivoire, le nombre de décès hospitalier est passé de 1 023 en 2010 à 3 254 en 2013 sans audit systématique de ces décès devant confirmer l'origine palustre de ces décès.

Figure 11: Evolution du paludisme grave dans la population, chez les femmes enceintes et chez les moins de 5 ans

4.2 HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN CÔTE D'IVOIRE

4.2.1 Historique du paludisme en Côte d'Ivoire

▪ Grandes étapes de la lutte

1996

En 1996, la lutte contre le paludisme a été inscrite au tableau des maladies prioritaires du PNDS, ce qui s'est traduit par la création du PNLP par arrêté N° 133 MSP/CAB/ du 09 mai 1996.

1997

De 1997 à 1999, la Côte d'Ivoire a bénéficié de l'appui du plan d'accélération de la lutte antipaludique dans la Région africaine de l'OMS. Un plan d'action a été élaboré pour la mise en œuvre d'interventions prioritaires dans des districts sélectionnés (prise en charge des cas, promotion de la moustiquaire imprégnée d'insecticide, mobilisation sociale, IEC/CCC, surveillance, suivi et évaluation).

1999

En 1999, à l'instar des autres pays endémiques d'Afrique, la Côte d'Ivoire s'est engagée dans l'initiative mondiale «Faire Reculer le Paludisme». La réunion de consensus des pays francophones d'Afrique s'est tenue à Abidjan en avril 1999.

Par ailleurs, la même année la Directrice Générale de l'OMS a procédé au lancement officiel de l'initiative mondiale «Faire Reculer le Paludisme » en présence du Président de la République de Côte d'Ivoire.

2000

Le 25 avril 2000, la Côte d'Ivoire a adhéré à la déclaration et au Plan d'Abuja sur la lutte contre le paludisme, adoptée par les Chefs d'États africains.

2005

En 2005, le PNLP a adopté une nouvelle politique nationale de lutte contre le paludisme qui s'est traduite par l'introduction des Combinaisons Thérapeutiques à base de dérivés d'Artémisinine (CTA) pour le traitement des cas de paludisme simple et du TPI à la SP pour la prévention du paludisme chez les femmes enceintes.

2006

En 2006, dans le cadre des nouveaux objectifs d'Abuja sur l'accès universel adoptés par les chefs d'États africains, la Côte d'Ivoire a élaboré un plan stratégique 2006-2010 sur la base duquel elle a bénéficié du financement du Round du Fonds Mondial pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

2008

En 2008 sur la base du plan stratégique 2006-2010, la Côte d'Ivoire a obtenu un financement au 8^{ème} round du fonds Mondial qui a permis la mise en œuvre du projet de passage à échelle des interventions de lutte contre le paludisme. Le plan stratégique 2012-2015 élaboré a servi de base pour la poursuite sur la phase 2 du financement du round 8.

- Principales interventions réalisées

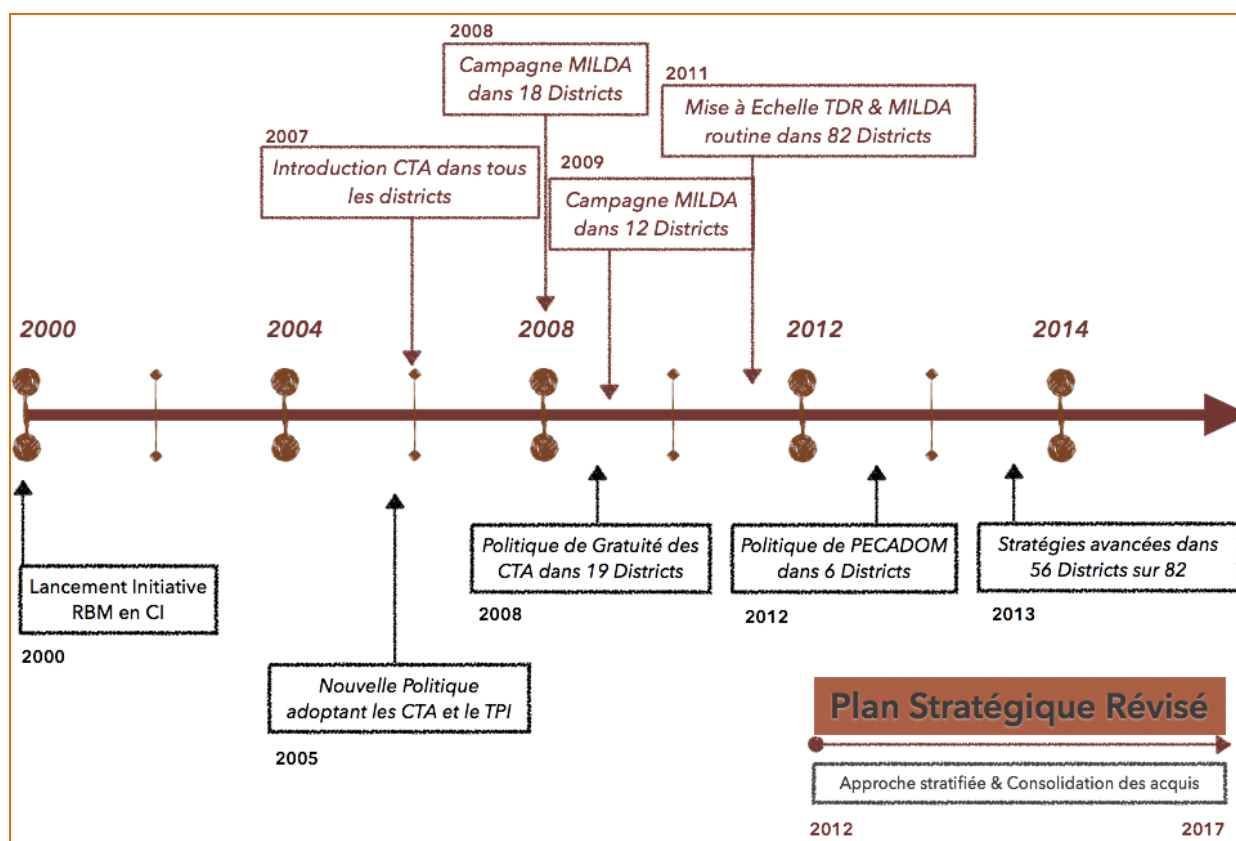


Figure 12 : Chronologie de l’adoption et de la mise à échelle des interventions essentielles

Malgré l’adoption en 200, des combinaisons thérapeutiques à base d’artémisinine dans le traitement des cas de paludisme simple, la couverture universelle du traitement avec ces CTA n’a été effective qu’en 2007.

La Prise en charge correcte n’était disponible qu’au niveau des FS publiques jusqu’en 2012 où l’introduction au niveau communautaire des activités de prise en charge des cas de paludisme est devenue une réalité. L’année 2013 a été marquée par le développement des activités de prise en charge intégrée du paludisme avec d’autres pathologies de la mère et de l’enfants en stratégies avancées en réponse à la faible fréquentation des formations sanitaires publiques (En 2012, 27% de la population ont consultée les formations sanitaires publiques pour les soins curative primaire).

La politique de gratuité du traitement adoptée en 2011 bien que visant la levée de la barrière d’accessibilité financière n’a pas eu l’effet escompté. Cette gratuité n’a pu réellement améliorer l’utilisation des services de santé par les populations affectés par le paludisme (utilisation 2009 / utilisation 2014) ni empêcher le taux de rupture en CTA (10% encore des FS connaissent des ruptures d’CTA, SNIS, 2013). Cette politique de gratuité a cependant engendré une baisse significative du taux de recouvrement des coûts des services de santé (Participation des ménages en 2009/ 2013).

Les interventions préventives ont été par contre plus rapidement portées à l’échelle. C’est ainsi que nous observons des distributions de masse de MILDA en 2008 dans 18 districts, en 2009 dans 12 districts complémentaires. En 2011, une campagne nationale de distribution gratuite de MILDA dans les

ménages été organisé dans les 82 Districts sanitaires du pays. Une autre campagne nationale de distribution de MILDA est sur le point d'être réalisée avant fin 2014.

La prévention du paludisme chez la femme enceinte (TPI) quant à elle a été mise à échelle dès son adoption en 2005 mais d'énormes efforts restent à faire pour assurer une bonne couverture en TPI.

Cette mise à échelle lente, progressive et tardive des interventions essentielles expliquerait en grande partie les insuffisantes performances du programme qui sont décrites plus loin dans le présent plan stratégique. Les performances non satisfaisantes enregistrées à l'évaluation à mi-parcours du plan stratégique national 2012-2015 ont amené le PNLP à la révision de ces interventions et l'adoption de stratégies innovantes pour plus d'impact à travers une approche stratifiée opérationnelle de mise en œuvre qui permet le ciblage des zones les plus endémiques, des populations les plus vulnérables, plus exposées et celles marquées par un taux faible d'utilisation des services de santé.

Les stratégies avancées pour la prise en charge des cas, la distribution du TPI et la distribution de MILDA à certaines populations enclavées, l'extension et l'intégration de la prise en charge des maladies diarrhéiques et des affections respiratoires à la PECADOM et l'implication du secteur privé lucratif dans la prévention et la prise en charge du paludisme conformément à la politique nationale constituent les stratégies innovantes de ce plan stratégique révisé.

4.2.2 Organisation du PNLP

▪ Organisation institutionnelle et cadre de programmation

La Direction générale de la santé à travers la Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de Proximité (DSCMP), assure la coordination des activités des programmes prioritaires dont fait partie le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

Selon l'arrêté n° 170 MSHP/CAB du 21 juin 2007, 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 l'état d'avancement de la mise en œuvre du programme à la direction de la santé communautaire.

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

Le Programme collabore étroitement avec les régions sanitaires et les districts pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme au niveau opérationnel.

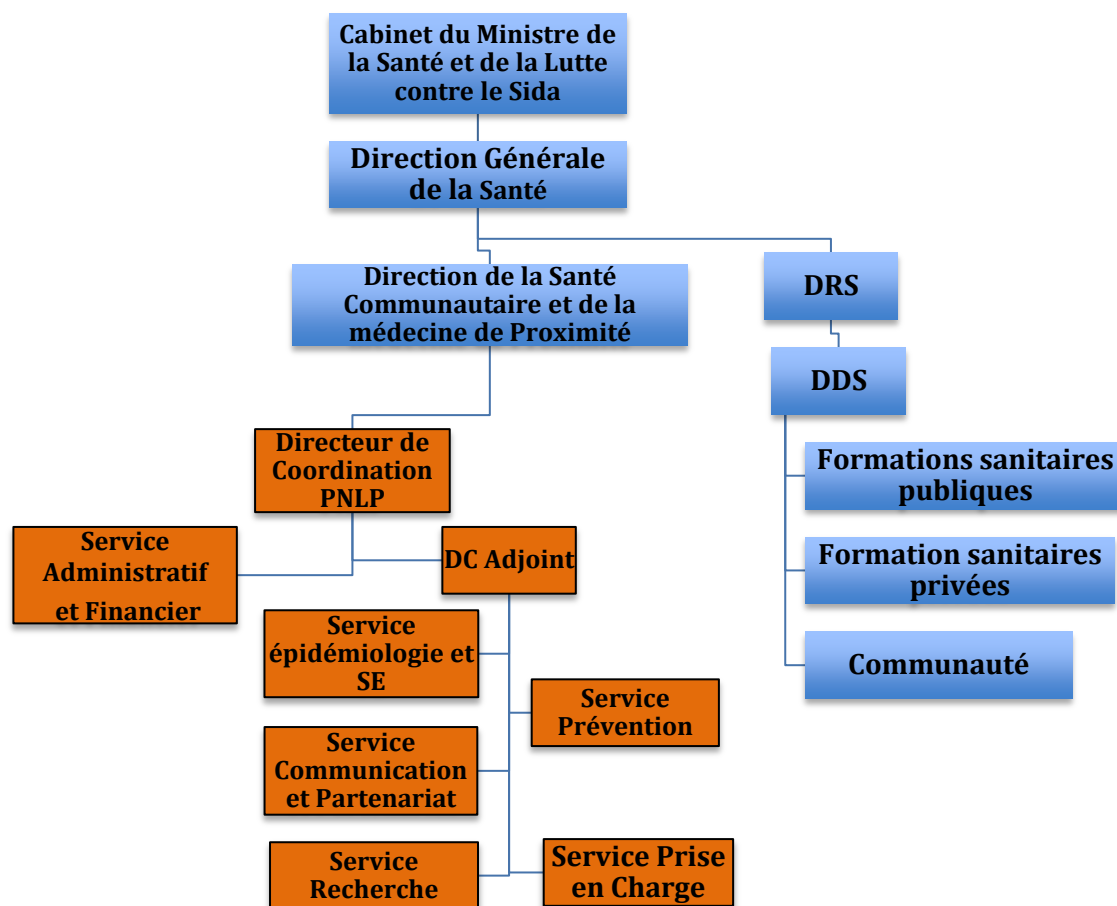


Figure 13 : Organigramme institutionnel du PNLP

4.2.3 Politique et directives de lutte contre le paludisme

- **Mécanisme d'élaboration des politiques, stratégies et directives**

L'élaboration des documents normatifs du Programme National implique les acteurs clé notamment le Groupe scientifiques d'appui, les Programme de Santé intervenant dans la survie de l'enfant, les structures techniques du MSLS et les partenaires financiers, techniques et opérationnels. Le processus d'élaboration est participatif, inclusif et repose sur des rencontres, réunions et ateliers. Les travaux se réfèrent aux normes et protocoles nationaux aux recommandations internationales et aux études réalisées localement ou au niveau international. Les documents élaborés sont validés par les groupes techniques élargis aux différents acteurs du système de santé puis reproduits et diffusés aux prestataires de soins.

- **Mécanisme de suivi de l'application des directives politiques**

Le suivi de l'application des directives et de la politique de lutte se fait à travers plusieurs interventions dont l'orientation des prestataires sur les documents normatifs, la supervision des prestataires, les réunions des parties prenantes (Task force) etc.

- **Politique d'équité et d'accès aux services**

Les différences liées au genre concernant le paludisme sont d'abord liées à la grossesse, aux risques professionnels et à l'utilisation des soins. Pendant la grossesse, les femmes sont confrontées à une vulnérabilité accrue au paludisme, et à un plus grand risque de mortalité ou d'issues défavorables de la grossesse. En Côte d'Ivoire, un million de femmes enceintes sont exposées chaque année au paludisme. Et seulement 40 à 60% des femmes s'adressant aux services prénataux reçoivent la deuxième dose du traitement préventif intermittent administré en cas de grossesse.

L'augmentation du taux d'utilisation des services de santé et l'administration de la deuxième dose de SP sont des défis à relever.

Les solutions proposées sont le rapprochement des services de soins des populations à travers les stratégies avancées et la recherche des perdus de vue.

Par ailleurs, les risques du paludisme sont élevés pour certains hommes qui travaillent dans les mines, les champs ou les forêts.

Les interventions actuelles ciblent les ménages des zones de résidence habituelle qu'elles soient urbaines ou rurales. Il s'agira donc d'étendre les mesures de protection à toutes ces personnes.

Par ailleurs, afin de lever la barrière financière sur les services offerts, le MSLS a décrété la gratuité des soins et des intrants pour le paludisme, ainsi que la distribution gratuite des moustiquaires aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 1 an.

- **Politique d'évaluation de la disponibilité, de l'acceptabilité et la qualité des services**

Pour s'assurer de la disponibilité et de l'utilisation des services, le suivi et l'évaluation périodique des données de routine ont été adoptés par le système de suivi du PNLP. Tous les mois, des réunions de validation des données sont organisées au niveau de toutes les régions permettant ainsi de s'assurer de la validité des données mais aussi du niveau d'utilisation des services et des intrants par les bénéficiaires.

Par ailleurs, les supervisions des acteurs du niveau central et opérationnel permettent de vérifier l'utilisation des services et les enquêtes de service réalisées périodiquement permettent d'apprécier la satisfaction des patients vis-à-vis des services offerts.

- **Cadre de partage et de prise de décisions**

Les stratégies de lutte sont identifiées lors de l'élaboration des documents normatifs. Pour renforcer la mise en œuvre des interventions, des rencontres sont organisées de façon semestrielle avec les parties prenantes à travers la Task force. Ces rencontres qui réunissent les acteurs du niveau opérationnel, les

structures techniques du Ministère de la Santé et les partenaires permettent un partage d'expérience et de prise de décisions.

Le processus d'élaboration des plans stratégiques prévoit une revue documentaire qui permet d'analyser tous les résultats programmatiques et financiers pour une meilleure planification des activités.

Les performances programmatiques et financières sont présentées de façon périodique (trimestrielle) à la Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de Proximité. Ces résultats sont également pris en compte dans le système national d'information sanitaire, coordonné par la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation.

Des réunions hebdomadaires sont organisées entre le Cabinet du MSLS et les responsables des différentes structures du ministère pour présenter les résultats des interventions et prendre des décisions

4.2.4 Rôles et responsabilités des acteurs de lutte contre le paludisme

▪ Acteurs du secteur public

Sous la coordination de la DSCMP, le PNLP travaille avec tous les autres programmes impliqués dans la protection de la santé de la mère et de l'enfant dans le cadre de la stratégie accélérée de la survie et du développement de l'enfant. Il s'agit du PEV, PNPEC, PNSR/PF, PNN, PNSSU, PNSI/SE.

A titre d'exemple, la collaboration avec le PNSI/SE a permis d'impliquer 24 districts sanitaires dans la PECADOM et la prise en charge de 20 314 enfants de moins de 5 ans dans 6 districts sanitaires par 300 ASC. Les consultations en stratégies avancées menées sous la supervision de la DSCMP impliquent l'ensemble de ces programmes et ont permis de prendre en charge 49 789 patients dans 285 villages.

Au niveau opérationnel, les acteurs publics impliqués sont normalement les responsables des collectivités locales notamment la municipalité, les conseils généraux. Cependant cette collaboration mérite d'être renforcée.

▪ Acteurs du secteur privé et de la société civile

Avec le secteur privé : les structures sanitaires privées non lucratives qui sont pour la plupart de type confessionnel, sont intégrées au système national. Les données de ces structures sont systématiquement intégrées au système national d'information sanitaire et dispensent gratuitement à leurs usagers les intrants de la lutte notamment les MILDA, les TDR et CTA. Ces structures sont également supervisées par les responsables du niveau opérationnel.

Concernant le privé lucratif, une collaboration existe avec la coalition des entreprises privées de Côte d'Ivoire. Elle se traduit par la participation de cette structure aux activités d'élaboration de documents normatifs.

Toutefois cette collaboration doit être renforcée et aboutir à l'intégration des données de morbidité dans le SNIS et les activités de communication et de suivi-évaluation.

Avec les ONG : plusieurs ONG collaborent avec le PNLP dans la planification, la mise en œuvre et la mobilisation des ressources. Il s'agit essentiellement de l'ONG CARE CI, PSI, FHI, JHU. Ces organisations ont contribué à la lutte par leur appui technique, matériel et/ou financier au programme. A titre d'exemple, CARE en tant que bénéficiaire du volet communautaire dans le cadre du Round 8, a

mené les interventions avec l'appui d'ONG locales comme PSI et APROSAM ainsi que ANADER, HOPE CI et CESACO.

Par ailleurs, le PNLP collabore avec le réseau d'ONG de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire (ROLPCI) à travers l'élaboration de documents normatifs et des projets pour la lutte contre le paludisme.

Avec la communauté : Plusieurs campagnes de sensibilisation ont été organisées et 1 122 nouveaux relais communautaires ont été formés en IEC/CCC sur 1172 prévus et 600 ASC formés sur la prise en charge du paludisme simple à domicile (PECADOM) sur 1200 prévus.

Les communautés ont été impliquées dans les activités de distribution de masse des MILDA. On note également leur participation dans la gestion des établissements sanitaires (COGES dans les ESPC), avec une adhésion aux activités de lutte contre le paludisme (gratuité des soins, distribution de MILDA).

Le partenariat s'est élargi en s'appuyant sur les associations communautaires de base notamment les coopératives et les groupements féminins (FENACOVICI) et les relais communautaires (OBC) avec qui CARE a signé des contrats (Rapport annuel 2013 R8 CARE CIV).

Avec la coopération bilatérale et multilatérale : La coordination des interventions des partenaires au développement dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale est assurée par le Secrétariat Permanent du PNDS. A ce titre le PNLP a bénéficié de l'appui technique et financier de certains partenaires (FM, OMS, UNICEF, RBM...).

4.2.5 Coordination et partenariat

La Direction de la santé communautaire et de la médecine de proximité (DSCMP), assure la coordination des activités des programmes dont le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). 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 des partenaires se fait à travers l'organisation des Task Force qui réunit les parties prenantes pour échanger sur la mise en œuvre des interventions et prendre des décisions. Par ailleurs les partenaires participent aux différentes activités organisées dans le cadre de la lutte.

Toutefois, la mise en place de cadre formel tel qu'une réunion bipartite PNLP et partenaires, le forum des partenaires et l'organisation de table ronde des partenaires pourront renforcer cette coordination.

En ce qui concerne le partenariat, le programme bénéficie de l'appui technique et financier de structures tels que l'OMS, l'UNICEF, le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, FHI, HCR, SANOFI.

Des entreprises locales soutiennent la lutte à travers l'appui à certaines activités spécifiques, notamment TOTAL CI, MTN, LDF, ... Il faut noter également l'appui d'organisations communautaires telles que CARE -CI, PSI, ASSAPSU, APROSAM, ANADER, ROLPCI, CECI etc.

Toutefois une plus grande diversification des partenaires financiers et une plus grande implication des partenaires locaux demeurent l'un des prochains défis du PNLP.

4.3 PERFORMANCE DU PROGRAMME PALUDISME

4.3.1 Revue des performances

Le ministère de la santé de Côte d'Ivoire à travers le PNLN a réalisé deux revues des performances des interventions de lutte contre le paludisme avec l'appui technique et financier de l'OMS et de RBM. La première revue des performances du PNLN marquant ainsi la fin de deux cycles de planification de 2001 à 2010 a été réalisée de décembre 2011 à janvier 2012. Les résultats de cette revue ont permis d'élaborer le plan stratégique 2012-2015.

Après les deux années de mise en œuvre ce plan 2012-2015, la seconde revue a été réalisée au premier trimestre de l'année 2014 avec la participation active de l'ensemble des parties prenantes (société civile, syndicat, instituts de recherche, acteurs opérationnels, Association de femmes, organisation religieuses, partenaires techniques et financiers). Cette évaluation a permis d'identifier les progrès réalisés, de dégager les insuffisances et les goulots d'étranglement de la mise en œuvre afin de proposer des stratégies efficaces pour l'atteinte des objectifs d'impact. Les résultats de cette revue ont permis de mesurer les progrès réalisés et de procéder à la révision et à l'extension des cibles du plan stratégique actuel jusqu'en 2017.

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

■ Prévention par la MILDA

Conformément aux directives nationales, les MILDA ont été distribuées aux populations de Côte d'Ivoire pendant les campagnes de masse planifiées chaque trois ans et en routine au cours des activités de PEV aux enfants de moins d'un an et aux femmes enceintes en CPN.

✓ MILDA distribuées en routine

• Progrès réalisés

Le tableau ci-dessous montre que la couverture des MILDA distribuées en routine bien que faible est en hausse de 2010 à 2013.

Tableau 7: Evolution du taux de la couverture des enfants de moins d'1 an et des femmes enceintes en MILDA de routine dans les formations sanitaires de 2010 à 2013

Couverture des MILDA en Routine	Données de base		Performances Actuelles	
	2010	2011	2012	2013
Enfants < 1 an	11,3%	2,2%	19,2%	34,0%
Femmes Enceintes	6,6%	1,9%	15,6%	28,2%

• Justifications des faibles taux enregistrés:

- Ruptures fréquentes en MILDA dans les structures de soins du fait du retard de pré positionnement ;
- Faible taux d'utilisation des services de CPN qui expliquerait l'écart important (50% environ) entre le nombre de MILDA pré positionnées au niveau des districts et les MILDA distribuées au niveau des sites d'offre de service CPN.

La contractualisation avec des prestataires du secteur privé pour le transport des MILDA jusqu'aux structures de soins initiés depuis le premier trimestre de l'année 2014 devrait permettre de palier au retard de pré positionnement.

Les consultations en stratégies avancées intégrées avec les programmes PEV, santé infantile, santé de la reproduction et nutrition, démarrée en 2013 constituent un atout permettant de rattraper les cibles communautaires et améliorer ainsi les taux d'utilisation des services CPN.

✓ **MILDA distribuée pendant les campagnes de masse**

• Progrès réalisés

Le tableau ci-dessous montre que de 2010 à 2013, plus de 10 millions de MILDA ont été distribuées aux populations ivoiriennes en campagne de masse.

Tableau 10: Nombre de MILDA distribuées en campagne de masse de 2010 à 2013

MILDA campagne de masse	Données de base		Performances Actuelles	
	2009	2011	2012	2013
MILDA campagne	368 073	8 093 869	613 432	1 224 522

• Justifications des faibles résultats enregistrés:

Les faibles quantités de MILDA distribuée enregistrées s'expliquent par les faits suivants :

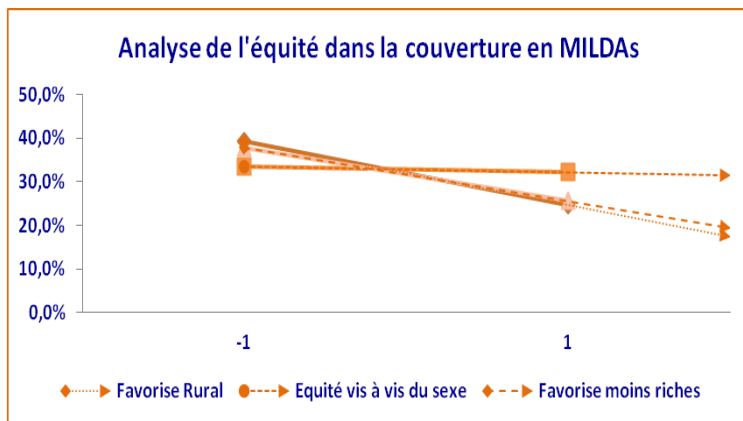
- La campagne de 2009 ciblait uniquement les enfants de moins de 5 ans et était couplée à la campagne de nutrition dans seulement 12 districts sanitaires ; il ne s'agissait donc pas de couverture universelle ;
- En 2012, la campagne concernait les 8 districts restants après la campagne nationale de 2011 réalisée en période post crise socio politique ;
- La campagne de 2013 était la phase pilote de la campagne nationale planifiée pour 2014. Cette campagne de 2013, s'est déroulée seulement dans 6 districts sanitaires. La phase nationale de cette campagne se poursuivra en 2014 et permettra de distribuer plus de 12 millions de MILDA.

• Analyse de l'équité dans l'utilisation des MILDA

La distribution des MILDA en 2014 permettra d'améliorer la couverture universelle et d'augmenter le taux de disponibilité en MILDA

Selon les résultats de l'EDS III CI 2012 :

- 66% des ménages possèdent au moins une MILDA dont 72% en milieu rural et 59% en milieu urbain ;
- 43 % en possède au moins 2 MILDA ;



Comme le décrit la figure 14, les MILDA sont plus utilisées en milieu rural que dans les milieux urbains et la stratégie de distribution favorise plus les couches de population les moins riches. Par contre les femmes sont aussi bien couvertes en MILDAS que les hommes révélant ainsi une équité par rapport au sexe dans l'accès aux moustiquaires.

Figure 14 : Equité en rapport avec l'utilisation des MILDA en 2012

■ Prévention par TPI

• Progrès réalisés

- Le traitement préventif du paludisme chez la femme enceinte par la prise de deux doses de SP en traitement a été initié en Côte d'Ivoire depuis 2006. Les districts sanitaires sont régulièrement approvisionnés en SP et les prestataires ont été formés à l'administration en stratégie DOT recommandée par les directives en vigueur.
- Selon l'EDSCI III 2012, 18% des femmes enceintes ont reçu au moins deux doses de SP en Traitement Préventif Intermittent au cours de la dernière grossesse en CPN.
- Selon l'enquête de service réalisé en 2013 ; 41% des femmes enceintes admises en consultation ont reçu au moins deux doses de SP en TPI au cours de leur dernière grossesse. Ce résultat concerne uniquement les données du secteur sanitaire public, les résultats du privé lucratif ne sont pas rapportés à ce jour dans le système d'information sanitaire.

Le graphique ci-contre montre que le taux de couverture en TPI2 demeure faible entre 2010 et 2013 par rapport à l'objectif de 80% fixé.

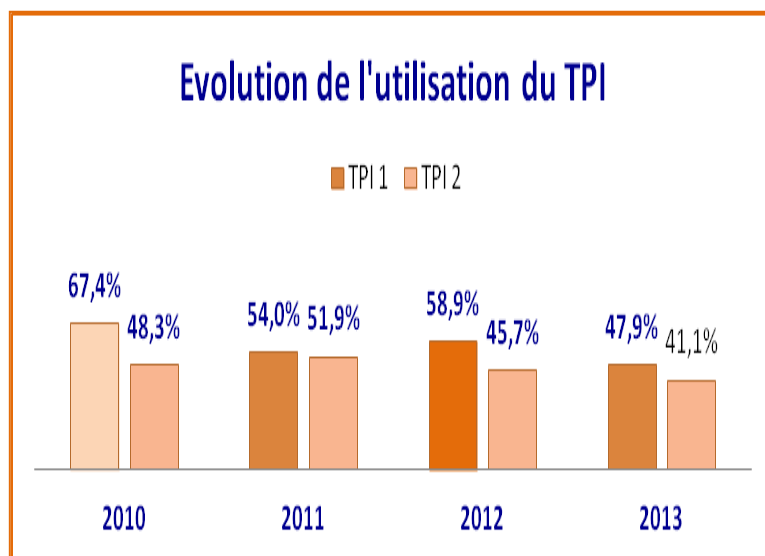


Figure 15 : Evolution des taux de couverture en TPI chez la femme enceinte

- Justification du résultat insuffisant obtenu:

- le faible taux d'utilisation des services de CPN dans les structures sanitaires publiques entraînant une faible couverture du TPI 1 ;
- l'absence de données du secteur privé en rapport avec l'utilisation de la SP ;
- Le recours tardif à la CPN par les femmes enceintes ;
- Le taux de déperdition entre TPI1 et TPI 2 supérieur à 5% (7%) malgré la recherche active des perdues de vue ;
- La mise en œuvre tardive et irrégulière des stratégies avancées planifiées pour atteindre les femmes enceintes ne venant pas dans les structures sanitaires en raison de la levée du retard de décaissement des fonds.

La mise en œuvre régulière des consultations en stratégies avancées, la sensibilisation des populations par les associations de femmes et les ONG à l'utilisation des services ainsi que l'implication du secteur privé, pourront contribuer à l'amélioration des résultats actuels.

- Analyse de l'équité dans l'offre de service TPI chez la femme enceinte

Les résultats de l'EDS 2012 présentés ci-contre montrent qu'en termes d'équité, les femmes enceintes du milieu urbain, scolarisées et moins pauvres sont mieux couvertes en TPI que celles du milieu rural, n'ayant pas été scolarisées et de revenus plus faibles.

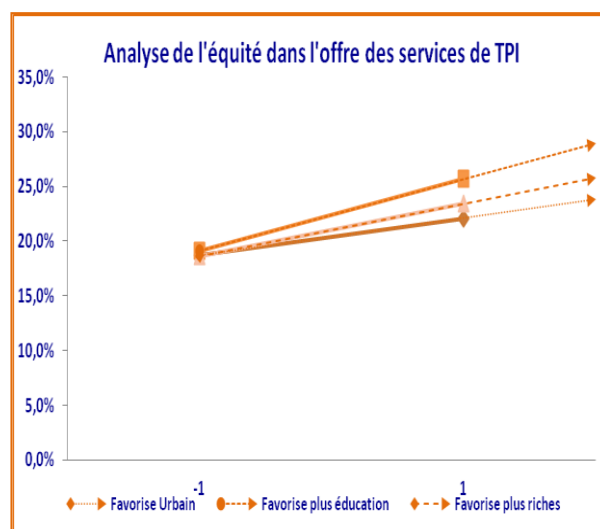


Figure 16 : Equité en rapport avec l'utilisation du TPI 2.

- **Prévention par PID/LAL**

Au plan international, la PID et la LAL sont utilisées pour la prévention du paludisme en association avec l'utilisation des MILDA. Il s'agit de méthodes efficaces pour la lutte anti vectorielle. Ces interventions ont été planifiées dans le Plan Stratégie Nationale 2012-2015 pour être mis en œuvre dans 10 districts sanitaires mais du fait d'un gap financier, aucune activité liée à ces interventions n'a été jusqu'alors réalisée.

L'OMS recommande que dans les pays où les MILDA sont utilisées en couverture universelle que la PID soit utilisée dans les lieux où on observe des résistances aux insecticides utilisés dans les MILDA.

Cependant une bonne couverture en MILDA n'exclue pas l'utilisation de la PID car l'absence de complémentarité pour ces deux méthodes n'est pas encore suffisamment documentée.

▪ **Diagnostic et traitement**

○ Au niveau des formations sanitaires

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge du paludisme en Côte d'Ivoire, le PNLP a initié depuis 2008 des formations en cascade. Pour ce faire, un pool de formateurs du niveau central composé en majorité d'universitaires et des cadres d'instituts de recherche a été mis en place et les manuels de formation sur le diagnostic biologique et la prise en charge du paludisme au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire ont été révisés pour tenir compte des nouvelles directives au plan interational et national.

• Progrès réalisés

- De 2008 à 2013 plus de 7 000 prestataires ont été formés sur le diagnostic, le traitement et le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des interventions ;
- Depuis le 2^{ème} semestre 2011, l'introduction des Tests de Diagnostic Rapide (TDR) au niveau des formations sanitaires public a permis de faire passer le taux de confirmation des cas par TDR de 66% en 2012 à 75% en 2013;
- Taux de confirmation égale 68,2% selon l'enquête de service de 2013 ;
- Faible application des directives de prise en charge par les prestataires du secteur public (Confirmation biologique des cas et Prescription des CTA);
- Faible implication des cliniques privées dans la stratégie de diagnostic et de traitement du paludisme conformément à la politique nationale ;
- Rupture fréquente en TDR observée dans certaines formations sanitaires due à des insuffisances dans la gestion des stocks.

La confirmation des cas a permis de faire passer les incidences du paludisme, dans la population générale de 120 pour 1 000 en 2012 à 105 pour 1 000 en 2013 avec un taux de prise en charge correcte des cas de 59% en 2013. Il faut par ailleurs noter que la Prise en charge du paludisme au niveau des formations sanitaires peut être améliorée par le renforcement de la supervision des acteurs mais aussi l'implication du secteur privé.

- Prise en charge au niveau de la communauté

- Progrès réalisés

En 2011, L'EDSIII, révélait un taux d'utilisation des services de santé communautaire de 36%.

Le PSN 2012-2015 visait essentiellement deux interventions de prise en charge communautaires, à savoir la PECADOM et les consultations en stratégie avancées. L'objectif du PSN fixé était de couvrir 36 districts pour la PECADOM et 82 Districts pour les consultations en stratégie avancées.

De mars 2009 au 31 décembre 2012, International Rescue Committee (IRC) a appuyé techniquement et financièrement le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS) à travers la Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de Proximité (DSCMP) dans la mise en œuvre d'un projet pilote de prise en charge communautaire du paludisme, de la pneumonie et de la diarrhée des enfants de 0 à 5 ans des localités des Districts Sanitaires de Didiévi et Tiébissou. Ce projet avait pour objectifs d'améliorer l'accès des enfants à un traitement de qualité de la pneumonie, du paludisme, et de la diarrhée dans les dits districts sanitaires.

Ce projet pilote était basé sur 3 piliers principaux, la formation des ASC et agents de santé des structures sanitaires ciblées, la fourniture des médicaments et matériels de travail aux ASC, et la mise en place d'un système structuré de supervision, suivi et contrôle de qualité.

A l'issue de ce projet pilote, il a été observé que :

- la prise en charge communautaire a permis de traiter environ deux fois plus d'enfants souffrant de diarrhée, de paludisme et de pneumonie que les centres de santé. Cette tendance est observée dans le contexte de gratuité des soins dans les centres de santé ce qui laisse présager de l'existence d'autres barrières aux soins (la barrière géographique) que la barrière financière ;
- Le traitement communautaire semble également complémentaire et non concurrent de la prise en charge au niveau des ESPC. Il a contribué à améliorer l'utilisation des ESPC car les ASC ont orienté un grand nombre d'enfants vers les ESPC, surtout après la mise en place des TDR du paludisme ;

Ces différents constats viennent démontrer que lorsque l'on rapproche les soins des communautés, leur l'utilisation s'en trouve nettement améliorée.

De l'expérience d'IRC, il faut aussi souligner que la prise en charge communautaire demande un suivi strict et régulier avec un système de supervision claire et maîtrisé permettant de faire remonter les données et d'assurer la qualité des traitements à la base. Le MSLS a étendu progressivement à 6 districts en 2012 puis à 24 en 2013 et des consultations en stratégie avancées ont été initiées dans 56 districts sanitaires depuis 2013.

Ces initiatives communautaires ont permis ainsi d'obtenir les résultats suivants :

- La formation de 1 200 ASC à la PECADOM au niveau de 24 districts sanitaires;
- la mise en place d'un système de collecte de données communautaires au niveau de 6 Districts sanitaires au niveau desquels les ASC installés, transmettent régulièrement des données au niveau central. Il s'agit des districts de Béoumi, Dabakala, Ferkessedougou, Bouaflé, Man, Odienné, qui ont rapportés 20 314 Tests de diagnostic rapide (TDR) réalisés avec 17 373 cas de paludisme simples notifiés.

- L'organisation des consultations en stratégie avancées dans 56 districts sanitaires et 285 villages en 2013 au cours desquels, il a été pris en charge 49 789 personnes parmi lesquelles on dénombre 40% de cas de paludisme simple, 10% de malnutrition, 3,7% de cas de diarrhée et 5,1% d'IRA
- Justifications des faibles niveaux de performance

Les faibles niveaux de performance au niveau de la prise en charge communautaire s'expliquent par le fait que tous les ASC formés des 24 districts n'avaient pas démarré les activités.

La PEC communautaire doit se poursuivre dans plus de districts eu égard à l'amélioration obtenu en termes d'accessibilité aux soins. Pour ce faire l'installation de tous les ASC formés sera effective.

▪ **Gestion des urgences et des catastrophes**

En Côte d'Ivoire, il existe une volonté politique pour la mise en place de normes adéquates pour la gestion des urgences et des catastrophes à travers les ministères de l'environnement, ministère de la salubrité urbaine et les municipalités. Le plan ORSEC (organisation des secours) élaboré à cet effet tient compte des interventions de lutte contre le paludisme.

La stratégie nationale de lutte contre le paludisme 2012-2015 prévoyait de contribuer à la mise en œuvre du plan ORSEC en cas d'urgence et de catastrophe. Cependant aucune ressource n'a été mobilisée pour la prévention et la prise en charge du paludisme dans le cadre de ce plan ORSEC. L'Elaboration d'un plan d'action ORSEC spécifique au paludisme avec allocation de ressources reste un défi.

▪ **IEC/CCC, Promotion de la santé**

○ Principales activités de Plaidoyer réalisées entre 2009 et 2013

- De 2009 à 2013, environ 41 séances de plaidoyers auprès des autorités administratives, politiques et des leaders communautaires ont été réalisées dans 40 Districts Sanitaires. Ces séances de plaidoyers sont organisées soit après les campagnes de distribution des MILDA (18 districts avec PSI en 2009) soit avant la campagne (11 districts avec le Programme National de Nutrition en 2009 et 7 districts pilotes avec CARE en 2013) et en prélude à la Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme (5 Districts de 2009 à 2013);
- Organisation d'une table ronde ayant connu la participation des partenaires techniques et des entreprises privées en vue de la mobilisation de ressource.

○ Principales activités d'IEC/ CCC réalisées entre 2009 et 2013

En 2009, environ 40 agents de santé communautaire formés par district ont mené les activités de causerie de groupe, de visite à domicile et d'entretiens individuels dans les 19 districts avec l'appui du Fonds Mondial (Round 6). Ces activités ont été mises à échelle dans tous les districts en 2010 par CARE avec la subvention du Fonds Mondial (Round 8) mais la mise en œuvre a été interrompue par la crise sociopolitique qu'a connue le Pays en 2011.

De 2010 à Juillet 2012, CARE avec l'appui financier du Fonds Mondial a mis en œuvre avec 12 ONGs ou Organisations communautaires (APROSAM, ANADER, CESACO) des activités de sensibilisation pour l'utilisation des MILDA, prévention du paludisme et la fréquentation des centres de santé pour la prise en charge. Pour cette première phase 355 514 activités de sensibilisation de proximité ont été réalisées pour 2 917 886 personnes sensibilisées. Pour ces activités de sensibilisation 3880 relais ont été formés sur les méthodes de prévention et la communication pour le changement de comportement. En outre, 222 984 femmes enceintes ont été sensibilisées et ont bénéficié de 2 doses de SP au cours des consultations foraines. (rapport annuel 2011-2012).

En 2013, CARE pour la deuxième phase du R8 a organisé également des activités de sensibilisation qui ont permis de toucher 410 000 personnes sur 996000 prévus soit un taux de 41%, de réalisation par rapport à l'objectif et 1096 femmes enceintes perdues de vue retrouvées par les relais ont bénéficié de la SP. 1122 nouveaux relais ont été formés pour mener les activités sur 1172 prévus soit 96% de réalisation. Pour la réalisation des activités 927 relais ont été mis en contribution à travers 4 sous-récepteurs. Parmi ces relais 526 ont été supervisés. Soit un taux de 57 % de relais travaillant supervisés. Pour cette deuxième année de la deuxième phase du R8 CARE a travaillé dans 23 districts et cette couverture va s'étendre dans tous les 82 districts en 2014.

- [Principales activités de Mobilisation sociale réalisées entre 2009 et 2013](#)

Les activités de mobilisation sociale et de participation communautaire réalisées de 2009 à 2013 ont été organisées autour de la journée Mondiale de lutte contre le paludisme (pendant une semaine chaque année), les campagnes de distribution des MILDA et les coupes d'Afriques des Nations (un mois avec UCP en 2010, 2012 et 2013) ou les coupes du Monde (un mois avec UCP en 2010). De manière routinière, les émissions et les spots de sensibilisation sur le paludisme sont diffusés à la télé, à la radio nationales et à la radio de proximité. Ainsi des contrats de partenariat ont été signés entre le PNL, CARE et les radios de proximité et la Radio-télévision ivoirienne (RTI) en 2009 et en 2012.

- **Surveillance, S&E et recherche opérationnelle**

Le système de surveillance du PNL repose sur le Système National de Gestion et d'Informations Sanitaires (SNIS) du pays par lequel les données de routine du paludisme sont collectées, compilées et agrégées du niveau le plus périphérique (centre de santé) jusqu'au niveau central.

Ces informations de routine sont complétées par les données collectées au niveau sentinelles, d'enquêtes nationales (EDS, MICS, EIP) ou parcellaires afin d'évaluer périodiquement les indicateurs de performance (résultats et impact) par rapport aux objectifs fixés.

Le suivi des interventions se fait à travers des réunions de coordination aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il est également organisé des supervisions des prestataires et un monitoring périodique des activités.

Le plan stratégique 2012-2015 a permis d'appuyer des réunions trimestrielles décentralisées de validation des données avec pour objectif d'améliorer la qualité des données collectées sur le paludisme. Il a également fourni un appui aux directions régionales et départementales de la santé pour la réalisation de supervisions trimestrielles et de réunion de coordination de même qu'à la DIPE, la PSP et la DPM pour assurer la qualité des données, l'approvisionnement des districts en médicaments et intrants et la gestion des effets indésirables des médicaments.

De 2010 à 2013 seize réunions de validation des données régionales et 8 réunions de coordination au niveau central ont été organisées avec l'ensemble des parties prenantes de la lutte en Côte d'Ivoire.

Un appui a également été apporté aux régions et districts sanitaires pour les réunions trimestrielles de coordination en 2010, 2012 et 2013.

En termes de recherche opérationnelle, il a été initié depuis 2008, les études de surveillances sentinelles et les colloques annuels pour la diffusion des résultats de la recherche.

Concernant la recherche opérationnelle, 4 études avaient été planifiées et réalisées en 2012 sur l'efficacité des CTA, l'efficacité de la SP, l'efficacité résiduelle des MILDA, transmission vectorielle et la résistance des vecteurs aux insecticides.

Une enquête de service annuelle devait permettre d'apprécier l'offre de soins dans les structures ainsi qu'une étude TRACK visant la recherche des déterminants de la faible utilisation des interventions offertes dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Un appui a été également apporté pour la réalisation de l'EDS en 2012.

Au décours de toutes ces activités réalisées au terme des deux premières années d'implémentation du PSN 2012-2015 en tenant compte des résultats antérieures, le niveau de performance du programme se présente comme suit (Tableaux 7 et 8)

Tableau 8: Performances programmatiques du PNLP (2012-2013)

BUT	OBJECTIFS PROGRAMMATIQUES	CIBLES (Par objectif)	PERFORMANCES DU PROGRAMME	ECART	GAP PROGRAMMATIQUE
BUT 1: Réduire d'au moins 75% par rapport à 2000 le nombre de cas de paludisme d'ici la fin de 2015	1. Atteindre l'accès universel en ce qui concerne les mesures de prévention ainsi que leur utilisation d'ici fin de 2013 (100%),	1. l'accès et l'utilisation universels des interventions préventives adaptées doivent être atteints dans 100% districts	MILDA : Couverture (2 MILDA) 43% ; Utilisation 33% TPI (TPI2) : Couverture : 30 % Utilisation 20% PID Couverture 0% Utilisation 0% LAL Couverture 0% Utilisation 0%	MILDA : Couverture (-57%) Utilisation (-58%) TPI (TPI2) Couverture (0%) Utilisation (-75%) PID Couverture -100% Utilisation -100% LAL Couverture -100% Utilisation -100%	1. 57% de la population ne sont pas couverts par les MILDA. 10% de la population possède des moustiquaires ne les utilisent pas. 2. Les formations sanitaires qui offrent le TPI ne couvrent que 30% des femmes enceintes (FE) et 80% d'entre elles ne bénéficient pas de la deuxième dose de TPI. 10% de FE qui sont couvertes et qui ne reçoivent pas la deuxième dose. 3. Les districts ciblés n'ont pas bénéficié des interventions PID et LAL.
	2. Accélérer le développement des Systèmes de Surveillance au niveau de tous les districts d'ici 2013 (50%).	4. D'ici la fin de 2013, 50% des districts doivent être en mesure de produire des données mensuelles en ce qui concerne les cas suspectés de paludisme, les cas	100% des districts produisent des données pour le suivi de la morbidité et Mortalité	0% au niveau du secteur public 100% au niveau du secteur privé lucratif 99% au niveau communautaire	100% des formations sanitaires du secteur privé ne produisent pas encore de données permettant de suivre la morbidité et la mortalité à leur niveau 99% des Organisations communautaires de base ne renseignent pas encore sur les

		confirmés et les cas traités.			données de morbidité et de mortalité Les données liées à la mortalité palustre sont très peu renseignées au niveau de formations sanitaires publiques et privés La surveillance des décès liés au paludisme ne sont pas systématiquement effectués au niveau des structures hospitalières
BUT 2: Réduire la mortalité due au paludisme pour obtenir un chiffre proche de zéro d'ici la fin de 2015	3. Atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge des cas dans le secteur public d'ici fin 2013	5. D'ici la fin de 2013, 100 % des cas suspects de paludisme doivent faire l'objet d'une confirmation et 100 % des cas avérés doivent être traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces	taux de Confirmation : 74,7% PEC par les CTA : 130%	Confirmation : (-26%) PEC ACT (+30%)	26% des cas suspects de paludisme ne sont pas encore confirmés ; 30% des cas de paludisme bénéficient encore d'un traitement sans diagnostic biologique ou TDR Persistance de rupture en intrants dans environ 10% des structures sanitaires
	4. Atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge des cas dans le Secteur	6. d'ici la fin de 2013, 50 % des personnes réclamant un traitement pour des symptômes	Confirmation : ND PEC CTA : ND	Confirmation : (-100%) PEC ACT : (-100%)	Les informations relatives à la de PEC des cas de paludisme au niveau du secteur privé ne sont pas disponibles

	privé ou l'orientation appropriée vers des services Spécialisés d'ici fin 2015	associés au paludisme dans le secteur privé déclarent avoir fait l'objet confirmation, et 100 % des cas avérés déclarent avoir être traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces.			<p>Le personnel soignant du secteur privé ne bénéficie pas encore des activités de renforcement de capacité pour la PEC correcte des cas de paludisme ;</p> <p>Les TDR sont très peu disponibles au niveau du secteur privé ;</p> <p>Le secteur privé est très peu impliqué dans la mise en œuvre des activités du programme paludisme</p>
	5. Atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge communautaire des cas de paludisme d'ici fin 2015	<p>7. d'ici 2013, 80 % des cas de fièvre (suspicion de paludisme) doivent faire l'objet d'une confirmation et 100 % des cas avérés de paludisme sans complications doivent être traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces.</p> <p>100 % des suspicions et cas</p>	Confirmation : 1,3% PEC CTA : 100%	Confirmation : -98,7% PEC CTA: (0%)	<p>La PEC communautaire n'est effective que dans 24 Districts</p> <p>Des ces 24 Districts, seuls six districts rapportent leur données au niveau du système d'information sanitaire</p> <p>Plus de 90% des organisations communautaires n'ont pas encore bénéficié des activités de renforcement de capacité pour la PEC correcte des cas de paludisme</p>

		avérés sévères doivent être traités de manière adéquate dans des structures spécialisées			
--	--	---	--	--	--

Tableau 9: Evolution des principaux indicateurs de résultats et impact de 2006 à 2013

Sources	MICS 2006	CAP 2008	CAP 2009	EDSCI 2012	RASS 2012	Enquête de service 2013	Enquête TRacK 2013	Objectifs PNLP 2013	ECART
Indicateurs d'impact et d'effet									
Taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans	125 / 1000			108/1000					
Incidence du paludisme dans la population générale					105/1000			80/1000	25/1000
Incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans					295/1000			150/1000	
Prévalence parasitaire du paludisme				18%					
Létalité liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans les structures de santé						1,9/1000			
Taux de positivité des tests de paludisme (Microscopie et/ou TDR)				42%	62%	69,80%			
Proportion de cas de paludisme simple chez les plus de 5 ans traités selon le protocole national						59%		80%	
% de ménages disposant au moins une	10,30%	23,40%	35%	67%				90%	

Sources	MICS 2006	CAP 2008	CAP 2009	EDSCI 2012	RASS 2012	Enquête de service 2013	Enquête TRaCk 2013	Objectifs PNLP 2013	ECART
MII/MILDA									
% de personnes qui dorment sous une MII/MILDA dans la population générale	10%			33%				80%	
% d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous MII/MILDA	3%	14,40%	21%	37%				80%	
% de femmes enceintes qui dorment sous MII/MILDA		13,10%	14%	40%				80%	
% de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de SP en TPI au cours de leur dernière grossesse				20%	50%	48%		80%	
% de personnes qui connaissent les causes, les symptômes, les mesures préventives et le traitement du paludisme		78%					55%	80%	
Indicateurs de résultat et de processus									
% de patients suspects ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires publiques					36%	68,20%		90%	

Sources	MICS 2006	CAP 2008	CAP 2009	EDSCI 2012	RASS 2012	Enquête de service 2013	Enquête TRaCk 2013	Objectifs PNLP 2013	ECART
% d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre au cours des deux dernières semaines et ayant bénéficié de TDR au niveau communautaire dans les zones requises					42%			90%	
% de patients souffrant de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires privées					ND			30%	
% d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu un traitement antipaludique correct dans la communauté					53%			80%	
% de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires publiques								80%	

Sources	MICS 2006	CAP 2008	CAP 2009	EDSCI 2012	RASS 2012	Enquête de service 2013	Enquête TRaCK 2013	Objectifs PNL 2013	ECART
% de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires privées					ND			30%	
%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					93%			90%	
% 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					82%			90%	
% de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock de MILDA de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois					75%			90%	

- **Gestion du PNL et leadership**

- [Gestion des ressources humaines](#)

La direction de coordination du PNLP, il existe une équipe pluridisciplinaire composée de médecins spécialistes en santé publique, pharmaciens, administrateurs des services financier, biologistes, infirmiers et sages-femmes spécialistes en santé publique, économistes de la santé, statisticiens, comptables, auditeur interne et personnel d'appui que sont les secrétaires, les coursiers, et les chauffeurs. Le nombre des effectifs est passé de 35 personnes en 2010 à 43 personnes en 2013.

De 2010 à 2013, 25 personnes du PNLP ont vu leurs capacités renforcées en termes de paludologie, épidémiologie, suivi et évaluation, pharmacovigilance, gestion des données, IEC/CCC, anglais et autres formation de courte durée.

Au niveau des districts, il y a un point focal paludisme qui mène en plus des activités d'autres programmes en plus de celles du PNLP. Il n'y a pas de point focal spécifique du paludisme au niveau de la région.

Pour mener à bien ses missions, le PNLP travaille en collaboration avec le personnel des structures techniques du ministère de la santé telles que la DSCMP, la DIPE, la DPM, la DIEM ainsi les personnels des régions et districts sanitaires.

Ces personnes ressources ont pour certains bénéficié de renforcement de leur capacité en paludologie, en Pharmacovigilance et en gestion des données.

- [Gestion des achats et des stocks](#)

En Côte d'Ivoire il existe une exonération de taxes sur les produits pharmaceutiques et médicaux destinés à la lutte contre le paludisme dans le cadre des subventions du Fonds Mondial depuis 2008.

Un mécanisme de coordination et de suivi de ces intrants a été mis en place entre le PNLP et les la pharmacie de santé publique en charge de la gestion des produits pharmaceutiques et médicaux. Un plan de Gestion des Achats et des Stocks qui prévoit les quantités, les plans de livraison et le circuit de distribution, ainsi que les outils de traçabilité pour la période 2012-2014 a été développé.

Une procédure d'achat de produits pharmaceutiques et médicaux par VPP en fonction de la liste nationale de médicaments essentiels prenant en compte les antipaludiques et autres intrants pour la lutte contre le paludisme a également été mise en place depuis 2010.

Les supports de gestion de stocks sont renseignés mensuellement par les responsables des structures de soins et transmis aux districts sanitaires qui eux sont chargés de passer les commandes de produits au niveau central. Cependant, il existe une faiblesse dans l'application et le respect des procédures de gestion des stocks périphériques entraînant des ruptures d'intrants et d'outils de gestion au niveau opérationnel avec une insuffisance de collecte des données de consommation des intrants.

Les défis à relever concernent le renforcement de la chaîne d'approvisionnement, le suivi régulier des stocks de médicaments et intrants et la collecte des données de consommation.

- Gestion financière de la lutte

La lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire bénéficie de plusieurs sources de financement provenant de l'Etat et de ces partenaires dont les principaux sont le Fonds Mondial, RBM, UNICEF, OMS, ainsi que du secteur privé à travers la BICICI et SANOFI.

Le tableau ci-dessous montre qu'au cours des 4 dernières années (2010 à 2013), la lutte contre le paludisme a été financée à plus de 98 milliards de franc CFA. Les financements de 2010 et 2013 d'environ 40 milliards correspondent au financement des campagnes de masses de 2011 et 2014 par le Fonds mondial.

Tableau 10 : Financement de la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire (2010-2014)

PARTENAIRES	FINANCEMENT DE LA LUTTE (Millions CFA)				
	2010	2011	2012	2013	2014
BGE (ETAT)	75 964	37 379	2 606 307	2 331 597	4 121 187
FMLSTP R8	4 550 007	5 035 450	9 685 681	37 426 548	21 228 023
UNICEF	15 253	43 000	77 121	248 514	160 000
SANOFI AVENTIS	16 449	122 885	168 139	122 325	5 000
OMS	2 022	5 000	3 053	17 367	16 270
BICICI	-	-	26 000	-	13 000
TOTAL (Millions FCFA)	4 659 695	5 243 714	12 566 302	40 146 352	25 543 479
TOTAL (USD)	9 914 244	11 156 839	26 736 812	85 417 770	54 347 828

Les graphiques ci-dessous présentent les résultats de l'analyse de financements planifiés dans le PSN 2012-2015 et ceux mobilisés sur les années 2012 et 2014 pour lesquels 84% ont été dépensés.

Plus de 80% de ces financements ont été apportés par le Fonds mondial et utilisé à 70% pour l'achat de médicament et de moustiquaires. 30% étaient destinés pour la mise en œuvre et le suivi des interventions.

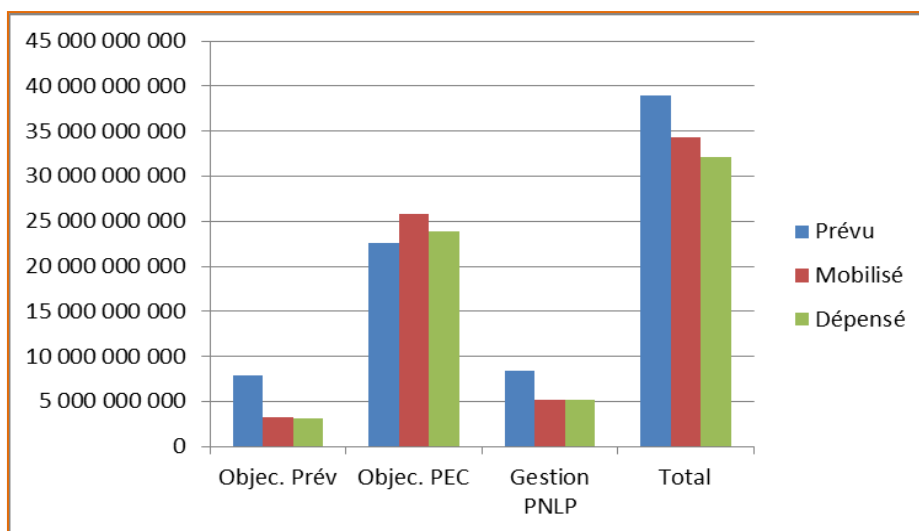


Figure 17 : Budget mobilisé et dépensé pour la lutte contre le paludisme en 2012 et 2013

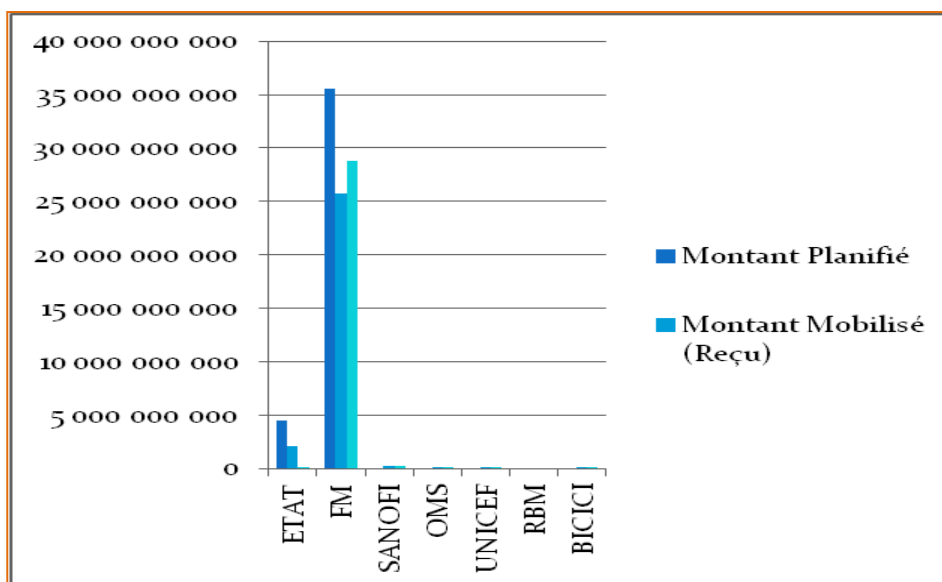


Figure 18 : Répartition du Budget du PSN planifié et mobilisé selon la source de financement

Les principaux défis du financement restent la mobilisation de ressources additionnelles pour les activités suivantes:

- la recherche opérationnelle,
- la prévention par la PID et la LAL,
- le suivi évaluation des interventions,
- la communication sur le paludisme.

4.3.3 Analyse des FFOM de la lutte contre le paludisme

Tableau 11 : Analyse des forces faibles de la stratégie de lutte contre le paludisme

Domaines d'interventions	Forces	Faiblesses	Actions requises pour renforcer la lutte contre le paludisme
Gestion du PNLP et Leadership	<p>-La lutte antipaludique est une priorité de l'Etat ivoirien (PND, PNDS, DSRP)</p> <p>-Existence de documents stratégiques pour la lutte</p> <p>-Implication de plusieurs acteurs du ministère de la santé dans la lutte contre le paludisme</p> <p>-Existence d'une équipe pluridisciplinaire au sein de la direction du PNLP</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Faible implication des acteurs du secteur privé et société civile dans la lutte contre le paludisme ; •Insuffisance des ressources financières allouées par l'État; •Retard dans le décaissement des ressources mobilisées; •Faible implication des ONG dans les activités à base communautaire. <p>Insuffisance dans la coordination de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme à différents niveaux du système de santé</p>	<p>-Développer des activités intégrées avec les autres programmes de santé</p> <p>-Poursuivre les rencontres périodiques entre les acteurs (Task Force)</p> <p>-Mettre en place le forum des partenaires et organiser les rencontres périodiques des bailleurs</p> <p>-Elaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement des ressources humaines impliquées dans la lutte</p>
Gestion des approvisionnements et stocks (GAS)	<p>-Existence d'une Association internationale des centrales d'achat qui offre l'opportunité d'échange et de collaboration entre les pays</p> <p>-Exonération sur les produits pharmaceutiques et médicaux destinés à la lutte contre le paludisme</p> <p>-Existence d'un mécanisme de coordination entre le PNLP et les structures du MSLS en charge de la gestion des produits</p>	<p>-Absence d'un système de contrôle qualité des MILDA au niveau du pays</p> <p>-Absence de mise à jour périodique de la réglementation et des normes sur les produits pharmaceutiques et médicaux</p> <p>-Rupture des outils de gestion au niveau opérationnel</p> <p>-Inadaptation des capacités de stockage des intrants au niveau central et intermédiaire</p>	<p>-Développer avec la centrale d'achat, les mécanismes pour assurer l'approvisionnement régulier des structures sanitaires en médicaments et intrants de la lutte</p> <p>-Renforcer le suivi des stocks au niveau des districts et des structures sanitaires par le PNLP</p> <p>-Assurer le suivi de l'utilisation des</p>

	<p>pharmaceutiques et médicaux</p> <p>-Existence d'une liste nationale de médicaments essentiels prenant en compte les antipaludiques et autres intrants pour la lutte contre le paludisme</p> <p>-Existence de supports de gestion de stocks mis à jour pour tous les niveaux</p> <p>-Initiation d'un système de suivi de la pharmacovigilance dans les structures sanitaires</p> <p>-Procédures de certification du LNSP en cours</p>	<p>-Insuffisance dans l'application des procédures de gestion des stocks périphériques</p> <p>-Insuffisance de moyens logistique et informatique au niveau central et périphérique</p>	<p>médicaments antipaludiques dans le secteur privé</p>
<p>Lutte anti vectorielle (LAV)</p>	<p>-Disponibilité des données entomologiques et des compétences adéquates pour mener à bien les activités de LAV</p> <p>-Bonne expérience dans la distribution des MILDA aussi bien en routine qu'en campagnes de masse</p> <p>-Existence d'une collaboration étroite entre le PNLP et les structures nationales et autres partenaires impliquées dans la LAV</p> <p>-Réalisation périodique de suivi de l'efficacité résiduelle MILDA</p>	<p>Faible taux d'utilisation des MILDA par les populations</p> <p>Absence d'expérience du pays dans la mise en œuvre de la LAL PID</p> <p>•Faible implication des collectivités territoriales dans la lutte anti vectorielle</p>	<p>•poursuivre la distribution gratuite des MILDA en routine dans les structures publiques et l'étendre aux structures privées</p> <p>•réaliser la campagne de masse de distribution des MILDA</p> <p>-Renforcer la sensibilisation des populations à l'adoption des mesures préventives.</p> <p>-Développer la PID et la LAL dans 3 districts avec l'implication des autres Ministères.</p> <p>-Organiser des campagnes d'assainissement avec l'implication des collectivités</p>

			décentralisées
Diagnostic et Prise en charge du paludisme dans les structures sanitaires et dans la communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusion de directives nationales sur le diagnostic biologique et la prise en charge du paludisme • Disponibilité de manuels de formation sur le diagnostic biologique et la prise en charge du paludisme y compris le niveau communautaire <p>Réalisation périodique d'étude sur l'efficacité des CTA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faible application du protocole de prise en charge par les prestataires du secteur public • Absence d'un système formel de suivi de la politique au niveau du secteur privé lucratif, 	<p>-Poursuivre la PEC des cas dans les structures sanitaires et en stratégies avancées</p> <p>-Assurer la disponibilité des TDR dans les ESPC et la GE dans les hôpitaux de référence et dans le secteur privé</p> <p>-Contribuer à l'équipement des laboratoires des structures publiques en moyen de diagnostic</p> <p>-Poursuivre la gratuité des médicaments et intrants du paludisme</p> <p>-Au niveau communautaire, étendre la PECADOM à d'autres districts et poursuivre les consultations en stratégie avancées</p> <p>-Renforcer la PECADOM en prenant en compte la prise en charge intégrée au niveau communautaire.</p>
Paludisme au cours de la grossesse	<p>Gratuité des prestations préventives et curatives du paludisme chez la femme enceinte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un cadre de collaboration avec les ONG et les radios locales pour la sensibilisation de proximité aux mesures préventives chez les femmes enceintes 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible disponibilité des antipaludiques spécifiques (Quinine, SP) destinés à la prise en charge du paludisme et au TPI chez la femme enceinte • Insuffisance dans l'observance du TPI du fait de l'utilisation tardive des services de 	<p>-Poursuivre la dispensation de la SP dans les structures publiques et en stratégies avancées</p> <p>-Etendre la dispensation gratuite de la SP au secteur privé</p> <p>-Impliquer davantage les acteurs communautaires</p>

		CPN	pour la sensibilisation des populations
Plaidoyer, IEC, Mobilisation sociale	<ul style="list-style-type: none"> • disponibilité des supports de communication à différents niveaux de la pyramide sanitaire (affiches, dépliants, spots radios et téléés) • Organisation annuelle de campagnes de mobilisation sociale sur les mesures préventives du paludisme (journée mondiale paludisme, sensibilisation sur le paludisme en milieu scolaire) • Existence d'une collaboration entre le PNLP et l'Union des radios de proximité • Existence d'un réseau des ONGs de lutte contre le paludisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance dans le plaidoyer pour la mobilisation de ressources • Absence d'un système de rapportage en routine des données de communication • Faible niveau de connaissance des populations sur le paludisme • faible implication de toutes les parties dans la mise en œuvre des activités d'IEC/CCC 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le plaidoyer avec les acteurs étatiques et non étatiques - Formaliser le partenariat avec les structures impliquées dans les activités de communication - Développer des activités de proximité pour renforcer la CCC
Gestion des urgences et catastrophes	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un cadre national pour la gestion des urgences et des catastrophes • Existence d'un Plan ORSEC prenant en compte le paludisme • Disponibilité d'un cadre international et de partenaires locaux intervenant déjà dans la gestion de l'environnement (Agences du SNU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de la mobilisation des ressources pour la prévention du paludisme dans le cadre du Plan ORSEC : • Non prise en compte des aspects d'urgence et catastrophes dans la politique nationale de lutte contre le paludisme 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la prise en charge des cas et les mesures de préventions aux sites d'urgence - Prévoir des intrants pour développer le plan d'urgence
Surveillance, Suivi & Evaluation et Recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Existence des outils de collecte de données standardisés (public, privé et communautaire) • Existence d'une base de données sur le paludisme régulièrement mise à jour. • Existence d'une application de base de 	<ul style="list-style-type: none"> • Rupture fréquente des outils de collecte de données au niveau des établissements sanitaires • Absence d'équipement informatique adéquat et sécurisé pour l'archivage des données au niveau 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le système collecte des données à tous les niveaux de la pyramide - Réaliser des évaluations garantissant l'efficacité des intrants de la lutte - Diversifier la recherche

	<p>données (SIGVISION) accessible sur internet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une liste standard des indicateurs de paludisme régulièrement mise à jour • Existence d'un cadre de partage et de diffusion des données de qualité sur le paludisme impliquant les districts, les régions sanitaires, le PNLP et la DIPE. 	<p>des districts et central</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non intégration des données du secteur privé au SNIS • Absence d'un support de rétro information sur le paludisme 	<p>opérationnelle</p>
--	---	--	-----------------------

4.3.4 Défis pour la période 2014-2017

L'analyse des besoins du programme par interventions de lutte et les évaluations réalisées pour la période 2012-2013, montrent certes des progrès encourageant mais il ressort également que beaucoup de défis restent à relever en vue d'atteindre les objectifs programmatiques fixés pour 2013. Le Tableau ci-après résume ces défis en fonction des différents objectifs programmatiques.

Tableau 12 : Gaps programmatiques et Défis à relever

OBJECTIFS	OBJECTIFS PROGRAMMATIQUES	GAP PROGRAMMATIQUE	DEFIS A RELEVER
Objectif 1: Réduire d'au moins 75% par rapport à 2000 le nombre de cas de paludisme d'ici la fin de 2015	1. Atteindre l'accès universel en ce qui concerne les mesures de prévention ainsi que leur utilisation d'ici fin de 2013 (100%),	<p>57% de la population ne sont pas couverts par les MILDA 10% de la population possède des moustiquaires mais ne les utilisent pas.</p> <p>Les formations sanitaires qui offrent le TPI ne couvrent que 30% des femmes enceintes (FE) et 80% d'entre elles ne bénéficient pas de la deuxième dose de TPI. 10% de FE qui sont couvertes et qui ne reçoivent pas la deuxième dose.</p> <p>Les districts ciblés n'ont pas bénéficié des interventions PID et LAL.</p>	<p>Implication effective de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre des activités de lutte (Collectivités locales, secteur privé, Société civile autres départements ministériels (Environnement et de la Salubrité, Agriculture, de la Solidarité Famille Femme et Enfant, Education) ;</p> <p>Mise en place d'un système performant de suivi de l'utilisation effective des mesures préventives au sein de la communauté ;</p> <p>Existence d'un système performant de suivi de la disponibilité des intrants et au niveau des structures sanitaires (Sms, Intranet ...) .</p>
	2. Accélérer le développement des Systèmes de Surveillance au niveau de tous les districts d'ici 2013 (50%).	100% des formations sanitaires du secteur privé ne produisent pas encore de données permettant de suivre la morbidité et la mortalité à leur	Existence d'un système d'information sanitaire performant intégrant la totalité des indicateurs et l'ensemble des données du secteur public, privé et communautaire.

		<p>niveau</p> <p>99% des Organisations communautaires de base ne renseignent pas encore sur les données de morbidité et de mortalité</p> <p>Les données liées à la mortalité palustre sont très peu renseignées aux niveaux des formations sanitaires publics et privés</p> <p>Les audits des décès ne sont pas systématiquement effectués au niveau des structures hospitalières</p>	
<p>Objectif 2: Réduire la mortalité due au paludisme pour obtenir un chiffre proche de zéro d'ici la fin de 2015</p>	<p>1. Atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge des cas dans le secteur public d'ici fin 2013</p>	<p>26% des cas suspects de paludisme ne sont pas encore confirmés ;</p> <p>30% des cas de paludisme bénéficient encore d'un traitement sans diagnostic biologique ou TDR ;</p> <p>Persistence de rupture en intrants dans environ 10% des structures sanitaires.</p>	<p>Amélioration du taux d'utilisation des services offerts au niveau du secteur public;</p> <p>Amélioration de la qualité des services offerts;</p> <p>Amélioration du système de suivi de la disponibilité des intrants de prise en charge et de la mise en œuvre des activités ;</p> <p>Renforcement des compétences des acteurs de la lutte contre le paludisme.</p>
	<p>2. Atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge</p>	<p>Les informations relatives à la de PEC des cas de paludisme au niveau du secteur privé ne sont</p>	<p>Amélioration du taux d'utilisation des services offerts au niveau du secteur privé;</p>

	<p>des cas dans le Secteur privé ou l'orientation appropriée vers des services Spécialisés d'ici fin 2015</p>	<p>pas disponibles ;</p> <p>Le personnel soignant du secteur privé ne bénéficie pas encore des activités de renforcement de capacité pour la PEC correcte des cas de paludisme ;</p> <p>Les TDRs sont très peu disponibles au niveau du secteur privé ;</p> <p>Le secteur privé est très peu impliqué dans la mise en œuvre des activités du programme paludisme.</p>	<p>Amélioration de la qualité des services offerts ;</p> <p>Amélioration du système de suivi de la disponibilité des intrants de prise en charge et de la mise en œuvre des activités ;</p> <p>Renforcement des compétences des acteurs de la lutte contre le paludisme.</p>
	<p>3. Atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge communautaire des cas de paludisme d'ici fin 2015</p>	<p>La PEC communautaire n'est effective que dans 24 Districts</p> <p>Des ces 24 Districts, seuls six districts rapportent leur données au niveau du système d'information sanitaire</p> <p>Plus de 90% des organisations communautaires n'ont pas encore bénéficié des activités de renforcement de capacité pour la PEC correcte des cas de paludisme</p>	<p>Amélioration du taux d'utilisation des services offerts au niveau communautaire ;</p> <p>Amélioration de la qualité des services offerts ;</p> <p>Amélioration du système de suivi de la disponibilité des intrants de prise en charge et de la mise en œuvre des activités ;</p> <p>Renforcement des compétences des acteurs de la lutte contre le paludisme.</p>

5. CADRE DU PLAN STRATEGIQUE

5.1 JUSTIFICATION

La stratégie globale du Partenariat RBM vise à réduire la mortalité et la morbidité associées au paludisme par le biais d'une couverture universelle et d'un renforcement des systèmes de santé. D'après le plan mondial de lutte contre le paludisme, cette stratégie mondiale subdivisée en trois composantes à savoir : 1) le contrôle du paludisme, 2) l'élimination du paludisme et 3) la recherche de nouveaux outils et de nouvelles approches, trois étapes sont nécessaires pour contrôler la maladie.

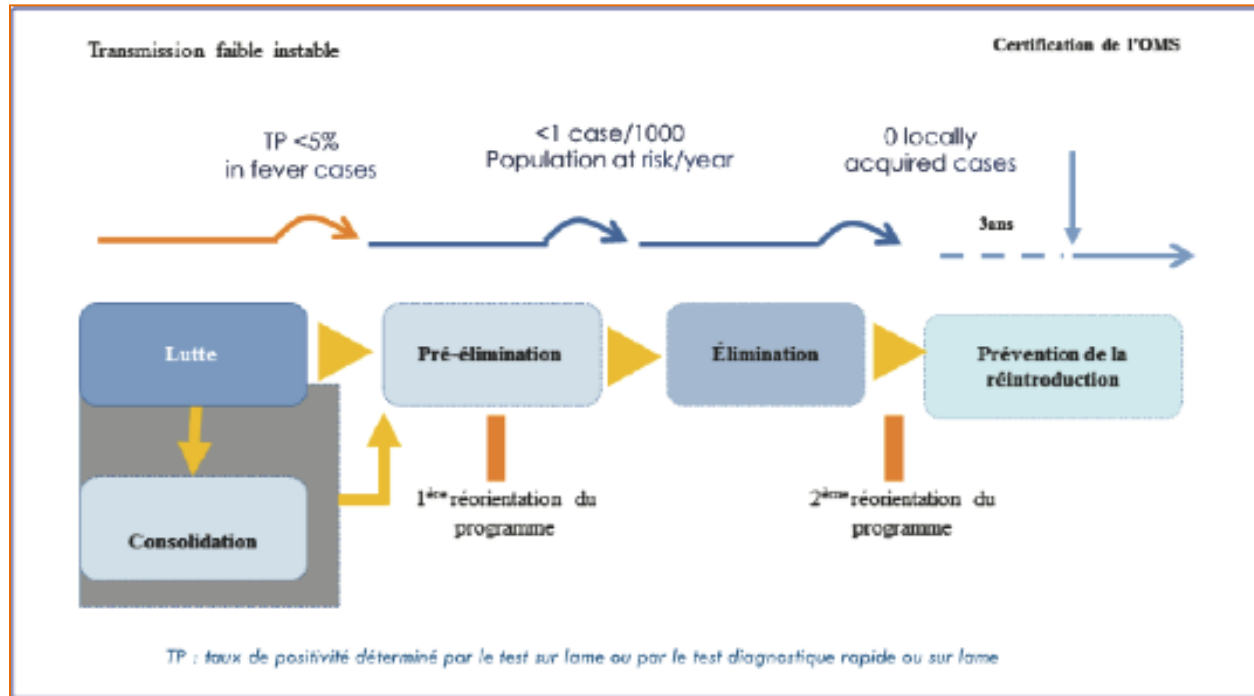


Figure 19: Continuum vers l'élimination du paludisme

"Par le passé, la communauté internationale a échoué face au paludisme. Cela ne doit plus se reproduire. Un plan d'action mondial unique de lutte contre le paludisme, accompagné d'un soutien de l'ensemble du Partenariat, constitue un facteur de succès important" dicit Margaret Chan, Directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé.

Ainsi, une stratégie pour combattre le paludisme doit être dirigée à la fois au niveau national et soutenue au niveau international. Les pays concernés sont souvent le mieux placés pour savoir quelles actions sont les plus pertinentes en fonction des populations exposées, du niveau de transmission, du degré de mise en place des interventions et de la capacité des systèmes de santé nationaux à développer ces efforts. Le cadre stratégique définit les actions nécessaires en vue d'atteindre les objectifs nationaux de réduction de la mortalité et de la morbidité d'ici à 2015 avec l'aide de la communauté internationale et des partenaires internationaux.

5.2 VISIONS

5.2.1 Vision de la politique nationale de santé

La vision stratégique du développement sanitaire est celle de la promotion d'un secteur sanitaire performant à même de garantir à tous les citoyens un épanouissement et un bien-être social, mental et physique équilibré pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays.

Cette vision implique :

- la restauration du système de santé ivoirien en particulier dans les zones Centre Nord et Ouest ;
- la réaffirmation d'un système de santé basé sur les SSP, développé dans le district sanitaire et orienté vers la satisfaction des besoins des populations dans le cadre de la politique de décentralisation ;
- une meilleure disponibilité et accessibilité de l'information sanitaire, base de toute prise de décision pour un système proactif ;
- une meilleure disponibilité et accessibilité des médicaments essentiels y compris les ARV, des produits sanguins et des vaccins pour la population ;
- une répartition adéquate d'un personnel de santé responsable sur l'ensemble du territoire, dans de meilleures conditions de travail, gage d'une pleine motivation pour garantir des soins de qualité ;
- le passage progressif de l'urgence sanitaire au développement sanitaire ;
- de nouveaux mécanismes de financement basés sur l'organisation d'une solidarité nationale ou communautaire ;
- la bonne gouvernance.

5.2.2 Vision du programme de lutte contre le paludisme

- Une Côte d'Ivoire prospère sans décès lié paludisme.

5.3 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.

5.4 PRINCIPES DIRECTEURS

- L'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi.

5.5 VALEURS

- Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, ces principes prennent en compte l'accès équitable aux services de lutte contre le paludisme le respect de la diversité des peuples, de la dignité de la personne humaine et du genre.

5.6 ORIENTATIONS STRATEGIQUES

- i. Accès universel aux MILDAS en ce qui concerne la couverture et l'utilisation ;
- ii. Accès universel du TPI chez les femmes enceintes et amélioration des taux d'utilisation ;
- iii. Renforcement des mesures de prévention à travers la mise en œuvre de la PID et de la LAL dans des districts prioritaires ;
- iv. Atteinte de la couverture universelle pour la prise en charge correcte des cas (confirmation systématique et traitement aux ACT) au niveau de toutes les structures sanitaires publics et privées;
- v. Renforcement du système de prise en charge communautaire des cas de paludisme ;
- vi. Renforcement du système de suivi évaluation y compris le suivi de l'efficacité thérapeutique, la pharmacovigilance et le suivi de la résistance ;
- vii. Renforcement des capacités de gestion et de coordination du programme et des acteurs de lutte contre le paludisme

Tableau 13 : Orientations stratégiques et principales interventions

BUT 1 : Réduire d'au moins 75% par rapport à 2000 le nombre de cas de paludisme d'ici la fin de 2015			
OBJECTIFS PROGRAMMATIQUES	ORIENTATIONS STRATEGIQUES	RAPPEL DES DEFIS A RELEVER	PRINCIPALES INTERVENTIONS
<p>Atteindre l'accès universel en ce qui concerne les mesures de prévention ainsi que leur utilisation d'ici fin de 2013 (100%),</p>	<p>Couverture universelle aux MILDAS et amélioration de l'utilisation</p> <p>Renforcement de la prévention du paludisme chez la femme enceinte par l'administration et amélioration des taux d'utilisation ;</p> <p>Mise en œuvre de la PID et de la LAL dans trois districts à vulnérabilité élevée (Incidence élevée, faible utilisation des formations sanitaires et revenu des populations faibles)</p>	<p>Implication effective de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre des activités de lutte (Collectivités locales, secteur privé, Société civile autres départements ministériels (Environnement et de la Salubrité, Agriculture, de la Solidarité Famille Femme et Enfant, Education) ;</p> <p>Mise en place d'un système performant de suivi de l'utilisation effective des mesures préventives au sein de la communauté ;</p> <p>Existence d'un système performant de suivi de la disponibilité des intrants et au niveau des structures sanitaires (Sms, Intranet) ;</p> <p>Développement d'une expertise locale et d'une expérience avérée dans la PID et La LAL.</p>	<p>Renforcement du système de distribution gratuite des MILDA et de la SP au niveau des structures publiques et privées et l'étendre en stratégies avancées ;</p> <p>Réalisation des campagnes de Masse en 2014 et 2017 ;</p> <p>Réalisation des campagnes d'assainissement avec l'implication des collectivités décentralisées et des comités de lutte mis en place ;</p> <p>Mise en place d'un système performant de suivi de l'utilisation des MILDAS et du TPI au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire (Associations et organisation de femmes) ;</p> <p>Formation des cadres d'alphabétisation des femmes sur l'utilisation de MILDA et sur le TPI Contractualisation des résultats (approche financement basé sur les résultats) avec les agents du secteur public ;</p>

<p>Accélérer le développement des Systèmes de Surveillance au niveau de tous les districts d'ici 2013 (50%).</p>	<p>Renforcer le système de suivi évaluation y compris le suivi de l'efficacité thérapeutique, la pharmacovigilance et le suivi de la résistance ;</p>	<p>Existence d'un système d'information sanitaire performant intégrant la totalité des indicateurs et l'ensemble des données du secteur public, privé et communautaire.</p>	<p>Renforcement des activités de suivi et de surveillance à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en fonction et augmentation du nombre des sites sentinelles, • le recrutement des personnel qualifié et en nombre suffisant au niveau de ces sites, • la mise en place d'un système performant de rapportage et de diffusion des données de morbidité et de mortalité au niveau de des formations sanitaires (public et privées) et au niveau communautaire. • Mise en place d'un système d'audit systématique des décès maternels et infantiles.
--	---	---	---

BUT 2 : Réduire la mortalité due au paludisme pour obtenir un chiffre proche de zéro d'ici la fin de 2015

<p>Atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge des cas dans le secteur public d'ici fin 2013</p>	<p>Atteindre la couverture universelle pour la prise en charge correcte des cas (confirmation systématique et traitement aux ACT) au niveau de toutes les structures sanitaires publics;</p>	<p>Amélioration du taux d'utilisation des services offerts au niveau du secteur public;</p> <p>Amélioration de la qualité des services offerts ;</p> <p>Amélioration du système de suivi de la disponibilité des intrants de prise en charge et de la mise en œuvre des activités ;</p> <p>Renforcement des compétences des acteurs de la lutte contre le paludisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de comités locaux de lutte contre le paludisme (comités opérationnels du cadre élargi de mise en œuvre des activités); • Renforcement des stratégies avancées avec l'appui des comités locaux de lutte contre le paludisme); • Contractualisation des résultats (approche RBF) avec les agents du secteur public ; • Amélioration du système de suivi de la disponibilité des intrants de prise en charge (Sms, Intranet...) et de la mise en œuvre des
--	--	--	--

			<p>activités ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des compétences des acteurs de la lutte contre le paludisme : • (Révision des curricula de formation du Ministère de l'éducation (MENET), des écoles de formation du personnel para médical ; • Formation continue du personnel sanitaire du public et para public;
<p>Atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge des cas dans le Secteur privé ou l'orientation appropriée vers des services Spécialisés d'ici fin 2015</p>	<p>Atteindre la couverture universelle pour la prise en charge correcte des cas (confirmation systématique et traitement aux ACT) au niveau de toutes les structures sanitaires privées;</p>	<p>Amélioration du taux d'utilisation des services offerts au niveau du secteur privé;</p> <p>Amélioration de la qualité des services offerts offerts;</p> <p>Amélioration du système de suivi de la disponibilité des intrants de prise en charge et de la mise en œuvre des activités ;</p> <p>Renforcement des compétences des acteurs de la lutte contre le paludisme.</p>	<p>Amélioration de l'utilisation des services offerts pour la lutte contre le paludisme par le secteur privé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la contractualisation des résultats (approche RBF) avec les agents du secteur privé, • Renforcement des compétences des agents privés.
<p>Atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge communautaire des cas de paludisme d'ici fin 2015</p>	<p>Atteindre la couverture universelle pour la prise en charge correcte des cas de paludisme simple dans la communauté chez les enfants de moins de 5ans;</p>	<p>Amélioration du taux d'utilisation des services offerts au niveau communautaire ;</p> <p>Amélioration de la qualité des services offerts ;</p> <p>Amélioration du système de suivi de la disponibilité des intrants de prise en charge et de la mise en œuvre des activités ;</p>	<p>Amélioration de l'utilisation des services de prise en charge communautaire du paludisme à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la mise à échelle des activités communautaires au niveau des 82 districts et la mise en œuvre du iCCM,

		<p>Renforcement des compétences des acteurs de la lutte contre le paludisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • la contractualisation des résultats (approche RBF) avec les agents communautaires, • le renforcement des compétences des agents communautaires et • la création de comités locaux de lutte contre le paludisme au niveau communautaire.
<p>Renforcer les capacités de gestion et de coordination du programme et des acteurs de lutte contre le paludisme</p>	<p>Implication effective de tous les partenaires dans la mise en œuvre et le suivi des activités de lutte contre le paludisme ;</p> <p>Existence d'un système de contrôle qualité des intrants et médicaments de la lutte contre le paludisme ;</p> <p>Existence d'un cadre permanent de plaidoyer, de mobilisations de ressources et de suivi des performances du programme</p>	<p>Mise en place d'un forum des partenaires pour la lutte contre le paludisme pour la mobilisation continue des ressources financières et le suivi des activités;</p> <p>Renforcement du cadre de partenariat pour la mobilisation des ressources, la mise en œuvre des activités de lutte, le suivi, le plaidoyer et le partage des résultats (Collectivités locales, secteur privé, Société civile autres départements ministériels (Environnement et de la Salubrité, Agriculture, de la Solidarité Famille Femme et Enfant, Education, Primature, Parlement) ;</p> <p>Développement et mise en œuvre d'un plan de renforcement des ressources humaines impliquées dans la lutte contre le paludisme (Niveau central, intermédiaire et opérationnel) ;</p> <p>Développer avec la centrale d'achat, les mécanismes pour assurer l'approvisionnement régulier des structures sanitaires en médicaments et intrants de la lutte ;</p>	

		<p>Améliorer le système d'approvisionnement et de suivi de la disponibilité des intrants de prise en charge (Sms, Intranet...);</p> <p>Développement et mise en œuvre d'un plan de plaidoyer et de communication</p>
--	--	--

5.7 BUT ET OBJECTIFS

5.7.1 But

- Réduire la mortalité due au paludisme en dessous de 1 décès pour 100 000 habitants d'ici la fin de 2015 et la maintenir jusqu'en 2017;
- Réduire de 75 %, par rapport à 2008, le nombre de cas de paludisme d'ici la fin de 2015 et le maintenir jusqu'en 2017.

5.7.2 Objectifs

- Accroître de 33 % à 80 %, d'ici fin 2015, la proportion de la population qui dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Accroître de 40 % à 80 %, d'ici fin 2015, la proportion de femmes enceintes qui prend les deux doses de SP ;
- D'ici fin 2015, 80% des cas de paludisme sont confirmés et pris en charge selon les directives nationales dans les structures sanitaires publiques et privées ainsi que dans la communauté ;

5.8 RESULTATS ATTENDUS

Les résultats attendus se présentent comme suit :

- 80 % de la population dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide d'ici fin 2015 et ce taux est maintenu jusqu'en 2017 ;
- 80% de la population des femmes enceintes prennent deux doses de SP d'ici fin 2015 et ce taux est maintenu jusqu'en 2017 ;
- 80% des cas de paludisme sont confirmés et pris en charge selon les directives nationales dans les structures sanitaires publiques et privées ainsi que dans la communauté d'ici 2015 et ce taux est maintenu jusqu'en 2017 ;

5.9 INTERVENTIONS ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

5.9.1 Stratification opérationnelle de mise en œuvre

Tableau 14 : Stratification opérationnelle de mise en œuvre

STRATES/ZONES	Endémicité	Incidence	Utilisation Formations sanitaires	Indice de Développement Humain	Noms des Régions	Nombre de districts	Taille Population
Zones Très Sensibles	Endémicité Elevée	\geq 100/1000	< 27%	IDH < 0,40	WORODOUGOU BERE, GBEKE, TONKPI,	3	
Zones Sensibles	Endémicité Elevée	\geq 100/1000	\geq 27%	IDH \geq 0,40	BELIER, BOUNKANI GONTOUGO, CAVALLY GUEMON, GOH, HAMBOL, HAUT SASSANDRA, LOH DJIBOUA, MARAHOUE, PORO TCHOLOGO BAGOUE, GBOKLE NAWA SP,	42	
Zones à sensibilité modérée	Endémicité Modérée à Faible	< 100/1000	< 27%	IDH < 0,40	ABIDJAN 1 , AGNEBY TIASSA ME, INDENIE DJUABLIN, KABADOUGOU BAIFINF FOLON, N'ZI IFFOU, SUD COMOE	32	
Zones peu sensibles	Endémicité Modérée à Faible	< 100/1000	\geq 27%	IDH \geq 0,40	ABIDJAN 2	6	
Quartiers précaires		Zones urbaines, enclavées, faible utilisation des services de santé, Revenu faible					

Cette stratification opérationnelle est basée sur le fardeau de la maladie et sur des déterminants socio économiques ayant permis de classer les districts en fonction de leur incidence, de l'indice de développement humain qui caractérise le niveau de pauvreté et du taux d'utilisation des services de santé.

Cette classification a permis de répartir les districts en quatre zones comme le présente la figure ci-contre

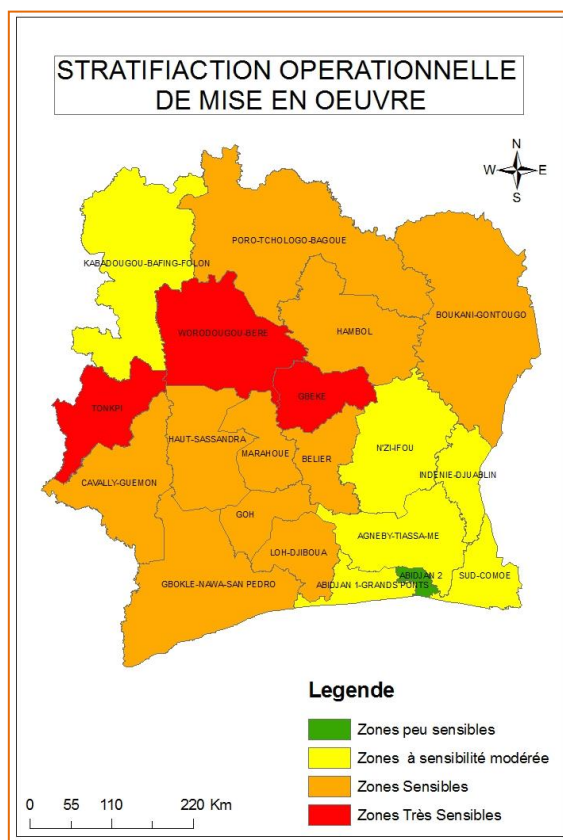


Figure 20 : Cartographie de la stratification opérationnelle de mise en œuvre

5.9.2 Interventions en fonction de la stratification

Les objectifs ci-dessous s'appliquent à toutes les zones quelques soit leurs spécificités et leurs caractéristiques socio-économiques. Cependant, pour atteindre ces objectifs la fréquence et l'ampleur des interventions qui seront développées tiendront compte essentiellement des spécificités et caractéristiques socio-économiques de chacune des zones ci-après : zones très sensibles, zones sensibles à modérées, zones peu sensibles et quartiers précaires et bidonvilles.

Tableau 15 : Définition des interventions selon les strates.

Interventions /Stratégies	Zones Très sensibles	Zones sensibles et à sensibilités modérées	Zones moins sensibles	Quartiers précaires
PREVENTION PAR LA LUTTE ANTIVECTORIELLE				
MILDA Campagne	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
MILDA Routine	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
PID	✓✓			
LAV	✓✓			

PREVENTION PAR LE TPI A LA SP CHEZ LES FEMMES ENCEINTES				
TPI dans Formation sanitaire publique	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
TPI dans Formation sanitaire privées lucratives	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
TPI Stratégie avancée	✓✓✓	✓✓	✓	✓✓✓
DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES CAS				
Diagnostic et traitement dans les FS Publiques	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
Diagnostic et traitement dans les FS Privées lucratives	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
Diagnostic et traitement dans les FS des Entreprises	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
Diagnostic et traitement dans la Communauté par les ASC	✓✓✓	✓✓	✓	✓✓✓
Diagnostic et traitement dans la Communauté en stratégie avancées	✓✓✓	✓✓✓	✓	✓✓✓
INTERVENTIONS TRANSVERSALES				
Gestion des urgences et des catastrophes	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓
Suivi et évaluation	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
IEC/CCC, mobilisation communautaire	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
GESTION DU PNL				
Planification et suivi de la mise en œuvre	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
Ressources humaines	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
Coordination du partenariat	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
Renforcement du système de gestion des approvisionnements et stocks	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
Amélioration de la gestion des ressources financières	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓

5.9.3 Mise en œuvre des interventions

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

PREVENTION PAR L'UTILISATION DE MILDA

- Stratégie

La distribution de moustiquaires est une stratégie de prévention efficace qui est à la fois ciblée et globale. Deux stratégies de distribution sont retenues :

- la campagne de masse pour l'ensemble de la population ;
- la distribution de routine à l'attention des populations à risque, particulièrement les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

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 ;
- Distribuer les moustiquaires en tenant compte de chaque stratégie :
 - pour la campagne elle prendra en compte les étapes de micro-planification, le dénombrement, 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 liés 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 non lucratives. Cette distribution de routine s'étendra au secteur privé lucratif de soins et en stratégies avancées dans la communauté.
- Garantir l'accessibilité des MILDA par la gratuité et le rapprochement des points de distribution au niveau des communautés ;
- Améliorer l'utilisation des MILDA à travers la mise en œuvre d'un plan de communication ;
- Maintenir la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des MILDA à travers l'approvisionnement régulier et les actions de proximité pour l'utilisation

Ces mécanismes de distribution seront soutenus par des activités de mobilisation sociale et d'IEC/CCC de proximité et de masse

- Justification

Selon les études, la généralisation de l'utilisation des MII 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 MII de 27,4% à 18,6%.

Tenant compte des avantages de la moustiquaire et des recommandations de l'OMS, la distribution des MILDA en routine et lors des campagnes demeurent des stratégies efficaces. Ainsi la campagne de

masse de 2011 a permis de porter le nombre de ménages possédant 1 MILDA de 3,6% (MICS 2006) à 66% (EDS 2012) avec un taux d'utilisation à 33% dans la population générale. Ces taux restent faibles et doivent être améliorés.

Pour atteindre la couverture universelle et en tenant compte de la durée de vie de 3 ans des MILDA, il apparaît opportun de prévoir une campagne de distribution de masse de MILDA en 2017, après celle de 2014.

Par ailleurs, la distribution en routine 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 1an dans les structures publiques de soins. Tenant compte du faible taux d'utilisation des services de soins, la distribution s'étendra au secteur privé de soins à travers le partenariat public-privé et dans la communauté

- Directives

En campagne de masse, la politique définit une distribution d'une MILDA pour deux personnes. Mais de manière pratique et opérationnelle, la distribution tiendra compte des couchettes et des personnes habitant le même ménage et ne dormant pas dans le même lit.

En routine, il a été retenu au niveau de la politique du pays de distribuer 1 MILDA à chaque enfant de moins de 1 an vu lors de la vaccination, à toute femme enceinte en consultation prénatale dans les formations sanitaires (publiques, confessionnelles, lucratives ou non lucratives) et dans la communauté lors des consultations en stratégies avancées dans les localités d'accessibilité géographique difficile et dans les quartiers précaires.

- Résultats attendus

- Au moins 100% des ménages disposent d'au moins 1 MILDA pour 2 personnes ;
- Au moins 80% de la population générale dort sous MILDA chaque nuit ;
- Au moins 80% de la population à risque (enfants de moins de 5ans et femmes enceintes) dorment sous MILDA chaque nuit.

- Cibles

Tableau 16: Cibles des indicateurs MILDA

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
Indicateurs d'effet							
% de la population ayant dormi sous MILDA au cours de la nuit précédente	33%	EDS 2012	33%		80%		80%

% de la population qui a utilisé une MILDA la nuit précédente parmi la population ayant accès à une MILA	68%	EDS 2012	68%		80%		80%
% d'enfants âgés de moins de cinq ans ayant dormi sous MILDA au cours de la nuit précédente	37%	EDS 2012	37%		80%		80%
% des femmes enceintes ayant dormi sous MILDA au cours de la nuit précédente	40%	EDS 2012	40%		80%		80%
Indicateurs de résultat							
% de ménages possédant une MILDA pour 2 personnes	42%	EDS 2012	42%		90%		90%
Indicateur de processus							
Nombre de MILDA distribuées en routine aux femmes enceintes en CPN	596 745	SNIS 2013	1 654 570	1 744 391	2091680	2146064	2201861
Nombre de MILDA distribuées en routine aux enfants de moins d'1an en PEV		SNIS 2013	831737	1602617	1758213	1803927	1850829
Nombre de MILDA distribuées à la population au cours de la campagne de masse	1 224 522	Rapport d'activité CARE 2013	1 224 522	13 664 777			14698357
Proportion de structures de soins sans rupture de stocks en MILDA de routine au cours du dernier trimestre	75%	Rapport d'activité PNLP 2013	75%	80%	80%	90%	90%

- [Approches opérationnelles](#)

Tableau 17: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions MILDA

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Campagne de masse de MILDA en 2017	Maitre d'ouvrage : Ministère de la Santé et de la lutte contre le sida Maitre d'exécution : Comité Avec appui des partenaires : OMS ; UNICEF, ONGs internationaux et Nationaux	Tous les 82 Districts sanitaires (National)
Distribution des MILDA en routine aux enfants de moins d'1 an	PNLP et Directions régionales de santé ; Direction de district sanitaires ; formations sanitaires publiques et privées (confessionnelles, non lucratives, et lucratives)	Tous les 82 Districts sanitaires
Distribution des MILDA en routine aux femmes enceintes	PNLP et Directions régionales de santé ; Direction de district sanitaires ; formations sanitaires publiques et privées (confessionnelles, non lucratives, et lucratives)	Tous les 82 Districts sanitaires
Distribution en communauté lors des consultations en stratégies avancées	PNLP et Directions régionales de santé ; Direction de district sanitaires	Tous les 82 Districts sanitaires

❑ PREVENTION PAR LA PULVERISATION INTRADOMICILIAIRE (PID)

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.

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 dans la mise en œuvre de ces stratégies. Ces interventions bénéficieront d'appui technique international en vue d'un transfert de compétence.

- Stratégie

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.

Ainsi La PID ciblera 02 districts pilotes qui seront identifiés sur la base des paramètres entomologiques notamment celles qui sont liés au comportement d'endophagie et endophilie du vecteur en d'autre terme, la PID sera efficace si le vecteur préfère prendre son repas sanguin à l'intérieur des maisons et s'y reposer pour la digestion avant de sortir.

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

Etant donné la transmission permanente du paludisme en Côte d'Ivoire, il sera nécessaire de réaliser chaque année deux à trois campagnes de pulvérisation avec une couverture attendue d'au moins 80% des habitats pour chaque campagne.

Les interventions proposées pour atteindre ces résultats sont :

- La réalisation d'une enquête entomologique dans la zone cible ;
- La réalisation d'une étude de faisabilité prenant en compte l'acceptabilité des populations et le type d'habitation ;
- L'acquisition de matériel et d'insecticide ;
- La formation des équipes techniques ;
- La sensibilisation de la communauté et la mobilisation sociale.

- Justification

La PID est reconnue comme une des méthodes les plus efficaces de la lutte anti vectorielle dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Dans beaucoup de pays d'endémie palustre, la mise en œuvre de la PID a permis de réduire l'incidence de la maladie. Par exemple, la mise à échelle de cette stratégie en campagne de 2007- 2011 a permis de protéger au moins 80% des ménages à Madagascar.

La PID est une stratégie onéreuse qui nécessite une main d'œuvre qualifiée et un équipement adapté. La longue période de crise sociopolitique qu'a connue la Côte d'Ivoire et qui s'est soldé par la crise post-électorale de 2010 n'a pas permis d'obtenir des ressources pour l'introduction de la PID bien que prévue dans le plan stratégique 2012-2015.

Le contexte politique qui se présente actuellement offre de nouvelles opportunités de financement au pays. Ainsi, la MSLS propose la combinaison de méthode de lutte anti vectorielle par la réalisation à titre pilote de la PID pour apprécier son efficacité dans le cadre de la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire

- Directives

La mise en œuvre de la PID se fera selon les recommandations de l'OMS en la matière. Ces stratégies seront mises en œuvre en fonction des procédures internationales en vigueur. Il s'agira notamment :

- Identifier avec l'appui des experts entomologistes nationaux les sites de mise en œuvre du projet dans 2 districts de faciès épidémiologique diffère ;
- Réaliser la PID deux fois par an pour couvrir les deux saisons pluvieuses dans les zones identifiées

- Résultats attendus
 - Une enquête préliminaire sur la faisabilité de la PID est réalisée ;
 - Les ressources pour la mise en œuvre de la phase pilote de la PID sont mobilisées ;
 - 100% des ménages des districts ciblés bénéficient de la PID
- Cibles

Tableau 18 : Cibles des indicateurs PID

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectifs				
			2013	2014	2015	2016	2017
Indicateur d'effet							
Pourcentage de la population à risque protégée par la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent	ND	ND				60%	80%
Indicateur de résultat							
Pourcentage des foyers situés dans les zones cibles ayant fait l'objet de pulvérisations intra domiciliaires d'insecticide à effets rémanents au cours des 12 derniers mois	ND	ND				60%	80%
Indicateur de processus							
Nombre d'habitats traités	ND	ND				AD	AD

- Approches opérationnelles

Tableau 19: Approches opérationnelles de la mise en œuvre PID

Interventions/Stratégies	Responsables de MEO	Zones de MEO
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
Pulvérisation Intra domiciliaire	PNLP, structures de recherche, districts	districts ciblés

	sanitaires, structures de mise en œuvre	
sensibilisation de la communauté et la mobilisation sociale	PNLP, structures de recherche, districts sanitaires, structures de mise en œuvre	districts ciblés

☐ PREVENTION PAR LA LAL

En dehors de la Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID), la lutte Anti Larvaire (LAL) constitue une des deux autres stratégies recommandées par l’OMS dans le cadre de la lutte anti-vectorielle intégrée.

La lutte anti-larvaire 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.

La lutte sera développée dans des zones pilotes pour évaluer son coût/efficacité dans le contexte épidémiologique de la Côte d’Ivoire. Cela permettra au pays de disposer de données factuelles et contextuelles 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 actions de sensibilisation des populations sur la reconnaissance des gîtes larvaires, l’organisation de concours de la ville la plus propre 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 ONG interviendront dans la sensibilisation ainsi dans la mise en œuvre de ces stratégies. Ces interventions bénéficieront d’appui technique international en vue d’un transfert de compétence.

- Stratégie

La LAL ciblera 3 districts qui seront identifiés sur la base de données climatologiques et entomologiques. En pratique, il s’agira de :

- Réaliser la cartographie complète des gîtes larvaires ;
- Acquérir le matériel technique et les bios larvicides ;
- Former les équipes techniques
- Traiter les gîtes larvaires avec les bios larvicides ;
- Assurer la surveillance entomologique ;
- Assurer la sensibilisation et la mobilisation sociale ;
- Contractualiser avec des structures compétentes.

Concernant la lutte physique, les collectivités locales et les associations à base communautaire organiseront des campagnes d’assainissement avec l’implication du Ministère de la salubrité urbaine et de l’environnement (MSUE). Il sera organisé dans chaque district appartenant à des régions stratifiées très sensibles et sensibles une campagne trimestrielle d’assainissement axée sur des initiatives communautaires volontaires avec l’appui en des organisations à base communautaires. Des jours fixes seront retenus chaque trimestre pour réaliser ces campagnes dans les ménages et dans les zones

publiques. Un concours de District le plus propre sera organisé dans les régions stratifiées très sensibles et sensibles

- Justification

La LAL est une intervention complémentaire de la lutte contre le moustique adulte par l'utilisation des MILDA et la PID. Elle contribue à réduire la densité anophélienne et donc la diminution du nombre de piqûres de moustique. L'utilisation de bio-larvicides à l'échelle au VENEZUELA et à CUBA a permis d'aboutir à l'élimination du paludisme dans ces pays.

Fort donc de l'expérience de ces deux pays, les chefs d'Etat de l'espace CEDEAO ont adopté un plan régional d'élimination du paludisme où une place de choix a été accordée à l'utilisation des bio-larvicides.

Dans le cadre de plan régional, il est prévu la construction de 3 usines de production de bio-larvicides au NIGERIA, au GHANA et en COTE D'IVOIRE pour réduire les coûts liés à la mise en œuvre de la lutte anti larvaire.

- Directives

Concernant la lutte anti-larvaire physique, elle sera menée à travers des campagnes de nettoyage communautaire et la destruction des gîtes larvaires dans toutes les communes. La lutte chimique ciblera 3 districts pilotes.

- Résultats attendus

- La cartographie des gîtes larvaires est réalisée
- Les ressources pour la mise en œuvre de la LAL sont mobilisées
- 80% des gîtes larvaires 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

- Cibles

Tableau 20 : Cibles des indicateurs LAL

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
Indicateur d'effet							
% de gîtes larvaires traités par la LAL	ND	ND	0%	0%	0%	60%	80%
Indicateur de processus							
Nombre de gîtes larvaires traités	ND	ND	0%	0%	0%	60%	80%
% de ménage situés dans les districts stratifiés très sensibles et sensibles ayant réalisé au moins une campagne d'assainissement par trimestre					20%	40%	60%

- Approches opérationnelles

Tableau 21: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions LAL

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Développer la lutte physique par la destruction des gîtes larvaires à travers des actions --impliquant la communauté,	PNLP, structures de recherche, MSUE	districts ciblés
Organiser des campagnes de salubrité communautaire chaque mois dans toutes les communes	PNLP, structures de mise en œuvre, MSUE	districts ciblés
Réaliser la cartographie des gîtes larvaires dans les districts cibles	PNLP, structures de recherche, districts sanitaires, MSUE	districts ciblés
Réaliser la destruction chimique des gîtes larvaires par l'utilisation des bio-larvicides dans sites identifiées	PNLP, structures de recherche, districts sanitaires, structures de mise en œuvre, MSUE	districts ciblés

☐ PREVENTION PAR LE TPI A LA SP CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

- Stratégie

La dispensation de la SP est l'une des stratégies retenues par le pays pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte. Cette stratégie repose sur l'administration d'au moins 3 doses de SP. Pour garantir la disponibilité et l'accessibilité de la SP dans les structures sanitaires, les interventions suivantes sont proposées :

- Acquérir la SP en quantité suffisante et la rendre disponible aux sites de consultation prénatale selon un plan d'approvisionnement et de distribution ;
- Fournir la SP à la femme enceinte lors des CPN à travers un paquet préventif gratuit prenant également en compte la MILDA ;
- Dispenser la SP lors des CPN au niveau des formations sanitaires publiques et privées ou à l'occasion de stratégies avancées ;
- Assurer l'approvisionnement et la dispensation gratuite de la SP dans le secteur privé ;
- Impliquer les acteurs du volet communautaire notamment les ASC, les ONG, les OBC, les OBF et les encadreurs d'alphabétisation pour la sensibilisation à l'utilisation des services par les femmes enceintes et la recherche active des perdues de vue en CPN.

- Justification

Selon les données actuelles de l'OMS, l'efficacité du TPI à base de Sulfadoxine-Pyriméthamine pour les femmes enceintes dans la prévention du paludisme a été démontrée. En Côte d'Ivoire, selon l'enquête MICS 2006, 17% des anémies et des faibles poids à la naissance sont en rapport avec l'infestation du

placenta par le *Plasmodium falciparum*. Le TPI permet d'éliminer les parasites et d'éviter ces conséquences ainsi que l'avortement et les décès maternels. Le traitement préventif intermittent est donc utilisé chez la femme enceinte depuis 2006 suite aux recommandations internationales.

Selon l'enquête de service réalisée en 2012, la proportion de structures de santé qui disposait de la SP au moment de l'enquête est de 57,9%, avec une prédominance en milieu urbain (62,7%), comparativement au milieu rural (52,3%). Dans toutes les structures publiques, on note que le pourcentage est supérieur à 50%. Les pics sont enregistrés dans les hôpitaux généraux (90%). Les centres de santé ruraux ont un taux moindre (58,8%). S'agissant des structures privées, on relève que 19% en disposent.

L'analyse des données de routine de 2010 à 2013 révèle que le taux de TPI 1 reste toujours faible 50 à 60%, et le taux de TPI 2 est entre 40% et 50%.

Les interventions conduites par les ONG à travers la recherche des perdues de vue ont permis de réduire le taux de déperdition entre TPI 1 et TPI 2 depuis 2011. Pour ce faire, cette action doit être poursuivie pour améliorer les acquis et relever le défi que constitue désormais la prise d'au moins 3 doses de SP.

L'implication des associations de femmes, la poursuite des consultations en stratégies avancées et l'extension de cette stratégie au secteur privé de soins permettront d'améliorer le niveau de couverture de femme enceinte par cette stratégie.

- Directives

Le régime chimio prophylactique du paludisme chez la femme enceinte est le traitement préventif intermittent (TPI) avec la Sulfadoxine-Pyriméthamine (S-P) administrée par voie orale à raison de 3 doses (une dose = 3 comprimés) pendant la grossesse au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre.

La première dose sera donnée à partir de la 16^{ème} semaine de grossesse ou dès l'apparition des mouvements actifs fœtaux. Les autres doses seront administrées à un mois d'intervalle chacune jusqu'à l'accouchement.

- La prise du médicament se fera sous observation directe du personnel en charge des CPN ou de l'ASC/relais communautaire dûment mandaté;
- Chez La femme enceinte séropositive au VIH sous prophylaxie au cotrimoxazole, il n'est pas recommandé d'administrer la SP en TPI, car le cotrimoxazole a des effets anti-palustres prouvés.

- Résultats attendus

- 80% des femmes enceintes vues en CPN reçoivent au moins deux doses de SP en traitement préventif intermittent selon les directives dans les structures de soins publics et en stratégies avancées ;
- 80% des femmes enceintes vues en CPN reçoivent au moins deux doses de SP en traitement préventif intermittent selon les directives dans les structures de soins privés.

- Cibles

Tableau 22 : Cibles des indicateurs TPI

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
Indicateur d'effet							
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de SP en TPI au cours de leur dernière grossesse	20%	EDS 2012	40%	60%	70%	80%	80%
Indicateurs de résultat							
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins une dose de SP en TPI parmi les femmes enceintes vues en CPN 1	48%	SNIS 2013	50%	60%	80%	90%	90%
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de SP en TPI parmi les femmes enceintes vues en CPN 1	41%	SNIS 2013	50%	60%	70%	80%	80%
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de SP en TPI parmi les femmes enceintes vues en CPN 1	ND	ND	ND	10%	15%	20%	30%
Indicateur de processus							
Proportion de structures de soins sans rupture de stocks en SP au cours du trimestre	82%	Rapport PNL 2013	80%	90%	90%	90%	100%

- [Approches opérationnelles](#)

Tableau 23: Approches opérationnelles de la mise en œuvre du 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

❑ DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES CAS

❑ Diagnostic et traitement du paludisme dans les formations sanitaires

- Stratégie

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

Cette confirmation biologique se fera par la réalisation d’un test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme 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.

Toutes les lames de goutte épaisse doivent être numérotées et conservées (positives et négatives) 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 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, la prévalence de l’anémie chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes est respectivement de 75% et 54% (rapport de l’EDSIII, 2012). 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, il est prévu dans la mise en œuvre de ce plan que tous les établissements sanitaires de premier contact soient équipés d’Hémoglobinomètre et d’intrants pour la mesure du taux d’hémoglobine.

Les achats de ces produits et matériels seront confiés à la NPSP et également aux partenaires. 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 ces examens biologiques dans toutes les formations sanitaires publiques.

- Justification

Le tableau clinique du paludisme est caractérisé par un polymorphisme clinique. Par conséquent, le diagnostic du paludisme est souvent surestimé entraînant une surconsommation des antipaludiques. Ainsi dans un contexte épidémiologique de transmission stable comme le nôtre, l’OMS recommande la confirmation biologique avant tout traitement antipaludique.

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.

- Directives

Le test de diagnostic rapide (TDR), seul nouvel outil de confirmation du diagnostic de paludisme en pratique courante, est préconisé en priorité dans toutes les structures sanitaires publiques et privées qui ne disposent pas de microscopie.

La microscopie (GE/FS) est l'examen de référence (gold standard) pour confirmer le diagnostic du paludisme simple ou grave. Mais, elle doit être utilisée en priorité au niveau des formations sanitaires de référence (CHU, CHR, HG)

- Le diagnostic du paludisme simple ou grave doit être évoqué après confirmation parasitologique par un examen microscopique ou par un Test de Diagnostic Rapide (TDR) ;
- Tout cas de paludisme présomptif doit être confirmé avant de débiter le traitement antipaludique.

- Résultats attendus

D'ICI fin 2017, au moins 100% des cas suspect de paludisme vue dans les formations sanitaires publiques ont bénéficiés d'un examen biologique par la TDR ou la GE ;

D'ICI fin 2017, au moins 100% des cas suspect de paludisme vue dans les formations sanitaires privés ont bénéficiés d'un examen biologique par la TDR ou la GE ;

- Cibles

Tableau 24 : Cibles des indicateurs TDR/GE

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
Indicateurs de résultats et de processus							
Proportion de cas suspect de paludisme qui ont été vue par un agent de santé et ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires publiques	69%	Enquête de service	60%	70%	100% dont 20% de GE	100% dont 20% de GE	100% dont 20% de GE
Proportion de cas suspect de paludisme qui ont été vue par un agent de santé et	ND	Enquête de service	ND	50%	70% dont 20 % de GE	80% dont 20 % de GE	90% dont 20 %

ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires privées							de GE
Proportion de structures de soins privées et publiques sans rupture de stocks en TDR au cours du trimestre	90%	Rapport PNLN 2013	90%	90%	90%	90%	100%

Ces indicateurs seront dans la mesure du possible être ventilés par sexe, âgés : < 5ans et > 5ans

- Approches opérationnelles

Tableau 25: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions TDR/GE

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Diagnostic et traitement dans les FS Publiques	PNLP/DDS/agents de santé	les FS Publiques
Diagnostic et traitement dans les FS Privées Lucratives	ACPCI	les FS Privées
Diagnostic et traitement dans les FS Entreprises	CECI	les FS Entreprises
Diagnostic et traitement au niveau communautaire	PNLP/DDS/agents de santé	Communauté

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

- Stratégie

Le but du traitement est de détruire rapidement le *Plasmodium* par des antipaludiques efficaces et de palier la défaillance des fonctions vitales dans les formes graves par des mesures symptomatiques.

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 + luméfantrine. 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 pourra être utilisé seulement au deuxième et troisième trimestre de grossesse.

Les besoins en antipaludique 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.

- Justification

Au cours de la dernière la décennie 90, l'on a observé à travers les études des niveaux de plus en plus élevé de résistance de *Plasmodium falciparum* aux antipaludiques usuels notamment la chloroquine, médicament alors utilisé en première intention dans le traitement du paludisme simple. Cette situation a amené l'OMS à recommander à tous les pays endémiques l'utilisation des Combinaisons thérapeutiques à base de dérivés d'artémisinine (CTA) dans le traitement du paludisme simple et le retrait de la chloroquine ainsi que des monothérapies à base d'artémisinine.

La Côte d'Ivoire a adopté la politique des CTA dans le traitement du paludisme simple en 2005. Les résultats d'études comparatives réalisées en 2012 sur les sites sentinelles de surveillance de l'efficacité des CTA recommandés par la politique nationale révèlent une tolérance semblable et une efficacité parasitologique avec correction PCR = équivalente entre 95 et 98%.

En ce qui concerne le traitement du paludisme grave, les directives actuelles recommandent l'utilisation de l'artésunate injectable ou de la quinine injectable ou même de l'artéméther injectable. Ces trois molécules sont retenues en Côte d'Ivoire pour leurs efficacités prouvées sur les souches multi résistantes du *Plasmodium falciparum* et sur la réduction de la mortalité liée au paludisme.

Par ailleurs, chez la femme enceinte, le paludisme comporte un risque élevé des complications chez la mère (anémie sévère) et chez l'enfant (prématurité, mort in utero, petit poids à la naissance). Ainsi, le paludisme chez la femme doit être considéré comme une urgence. Le diagnostic et la prise en charge doivent se faire de façon rapide avec des antipaludiques efficaces.

- Directives

- Traitement du paludisme simple

Chez toute personne confirmée paludisme en général, le traitement du paludisme simple se fera en première intention avec l'une des combinaisons fixes suivantes en 3 jours consécutifs par voie orale :

- artésunate + amodiaquine à la posologie de 4mg/kg/jour d'artésunate + 10mg/kg/jour d'amodiaquine ;
ou

- Artémether + Luméfantrine à la posologie de 4mg/ kg/jour d'artémether + 24 mg/kg/ jour de luméfantrine.

En cas d'échec ou de contre-indication de ces combinaisons, l'alternative est la quinine orale qui devient ainsi le médicament de deuxième intention à la dose de 25mg/kg/jour de quinine base fractionnée en 3 prises pendant 5 à 7 jours.

▪ Traitement du paludisme grave

- La Politique Nationale du traitement du paludisme grave recommande l'artésunate injectable ou l'artémether injectable ou la quinine injectable.
- l'artésunate injectable sera administrée à la posologie de 2,4 mg/kg en intraveineuse directe (ou à défaut en IM, face antéro-externe de la cuisse chez l'enfant) pendant 7 jours selon le schéma suivant :
 - J1 : une dose (2,4 mg/kg) à H0, H12 et H24
 - J2 à J7 : une dose (2,4 mg/kg) toutes les 24 heures
- L'artémether injectable sera administrée à la posologie de :
 - chez l'enfant : 3,2 mg/kg de poids en intramusculaire dès l'admission, puis 1,6 mg/kg par jour pendant 5 jours ;
 - chez l'adulte : 160mg en IM le 1er jour puis 80mg les jours suivants pendant 5 jours.
- La quinine injectable sera administrée à la posologie de 24 mg/kg de quinine base par jour répartie dans 3 perfusions le premier jour soit 8mg/kg de quinine base par perfusion puis à partir du 2ème jour poursuivre par 2 perfusions par jour soit 12mg/kg de quinine base par perfusion pendant 4 à 6 jours

▪ Chez la femme enceinte,

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 simple, la quinine par voie orale est recommandée à la posologie de 25 mg/kg/j répartie en trois prises pendant 5 à 7 jours ;
- En cas de contre-indication à la quinine, il est conseillé d'utiliser l'artémether+luméfantrine ou Artésunate+ Amodiaquine uniquement aux deuxième et troisième trimestres de grossesse ;
- En cas de paludisme grave, il est recommandé d'utiliser la quinine injectable en perfusion selon le schéma précédemment décrit.
- En cas de contre-indication ou de non disponibilité de la quinine, un dérivé de l'artémisinine injectable pourra être utilisé seulement aux deuxième et troisième trimestres de grossesse.

• Résultats attendus

Dans les structures de soins publics et privés

- D'ici fin 2017, au moins 100% des cas suspects de paludisme soient confirmés et 95% des cas positifs soient traités au niveau des formations sanitaires publiques conformément aux directives nationales ;
- D'ici fin 2017, au moins 100% des cas suspects de paludisme soient confirmés et 80% traités au niveau des formations sanitaires privées conformément aux directives nationales ;
- D'ici fin 2017, au moins 90% des structures de soins publics n'ont pas connues de ruptures en intrants de plus d'une semaine au cours des trois derniers mois pour le diagnostic et en antipaludique.

- Cibles

Tableau 26 : Cibles des indicateurs de la PEC au niveau des Formations sanitaires

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
Indicateur d'impact							
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, toutes causes confondues, pour 1000 naissances vivantes	68%	EDS 2012	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
Incidence annuelle du paludisme dans la population générale (dans les formations sanitaires)	105/1000	SNIS 2013	80/1000	80/1000	70/1000	60/1000	50/1000
Incidence annuelle du paludisme chez les moins de 5 ans (dans les formations sanitaires)	295/1000	SNIS 2013	200/1000	150/1000	100/1000	80/1000	80/1000
Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois	18%	EDS 2012			15%		10%
Mortalité hospitalière spécifique lié au paludisme	14/100000	SNIS 2013	8/100000	10/100000	8/100000	4/100000	1/100000
	(1/100000)						(GMAP)
Indicateurs d'effet							
Proportion de cas de paludisme simple correctement prise en charge dans les formations sanitaires chez les moins de 5 ans	53%	Enquête de service	60%	70%	80%	90%	95%
Proportion de patient hospitalisé pour paludisme	7/1000	SNIS 2013	8/1000	6/1000	5/1000	4/1000	4/1000

dans les formations sanitaires							
Indicateurs de résultats et de processus							
Proportion de patients souffrant de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires privées	ND	ND	10%	15%	40%	60%	80%
Proportion de cas simples de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires publiques	92%	Rapport PNLN 2013	80%	90%	80%	90%	95%
Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires publiques	ND	ND	ND	30%	50%	70%	80%
Proportion de structures de soins sans rupture de stocks en CTA au cours du trimestre	93%	Rapport PNLN 2013	90%	90%	90%	90%	100%

Ces indicateurs seront dans la mesure du possible être ventilés par sexe, âgés : < 5ans et > 5ans

- Approches opérationnelles

Tableau 27: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions de PEC au niveau des FS

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Diagnostic et traitement dans les FS Publiques	PNLN/DDS	les FS Publiques
Diagnostic et traitement dans les FS Privées Lucratives	ACPCI	les FS Privées
Diagnostic et traitement dans les FS Entreprises	CECI	les FS Entreprises
Diagnostic et traitement dans la Communauté par les ASC	ONG et animateur/ASC	la Communauté
Diagnostic et traitement dans la Communauté en stratégie avancée	agents de santé	la Communauté

Diagnostic et traitement du paludisme dans la communauté

- Stratégie

La stratégie de prise en charge à domicile du paludisme (PECADOM) qui vise les enfants âgés de moins de 5 ans dans les populations situées à plus de 5 km d'un centre de santé et qui implique déjà 24 districts sanitaires, sera étendue aux autres districts hors ceux d'Abidjan soit 49 nouveaux districts au cours de la période de re-planification soit de 2014 à 2017. La PECADOM sera mis en œuvre par les agents de santé communautaire (ASC) dûment formés.

Ceux-ci seront désignés par leur communauté avec l'appui des Equipes Cadre de Districts sur la base de critères bien définis. Cette stratégie sera renforcée par l'organisation trimestrielle de consultation en stratégies avancées dans les districts sanitaires et l'organisation de consultation dans les quartiers précaires de la ville d'Abidjan et de certaines villes de l'intérieur du pays. Ces activités permettront d'offrir les prestations de prévention et de traitement du paludisme à toutes les populations cibles y compris les femmes enceintes. Elles pourront être intégrées aux interventions d'autres programmes de santé notamment la prise en charge de la diarrhée et de la pneumonie en plus du paludisme.

Par ailleurs, il sera procédé au renforcement des capacités des prestataires des structures de santé publique et privée ainsi que les agents de santé communautaire impliqués dans la prise en charge à domicile du paludisme (PECADOM). Ce renforcement de capacité sera axé sur l'application des nouvelles directives.

- Justification

Face aux faibles taux d'utilisation des services estimés à 36%, la stratégie de prise en charge à domicile du paludisme (PECADOM) est une des réponses proposées. Elle concerne les enfants âgés de moins de 5 ans des localités situées à plus de 5 km d'un centre de santé.

L'objectif fixé était de couvrir 36 districts mais dans la mise en œuvre seulement 24 districts ont été pris en compte.

Les résultats probants obtenus ailleurs dans le monde et en Côte d'Ivoire, justifient l'impérieuse nécessité d'atteindre l'objectif fixé et ensuite d'étendre cette intervention à tous les districts afin accroître l'accès aux soins.

La nouvelle planification à faire d'ici 2017 prendra en compte cette approche prise en charge communautaire.

- Directives

- Faire un test rapide à tout enfant de moins de 5 ans dans les villages cibles
- 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

- Résultats attendus

- 80% des cas de paludisme sont confirmés et traités dans la communauté des zones rurales, précaires et enclavées ;
- 100% des ASC sont formés et approvisionnés régulièrement en intrant pour la prise en charge communautaire du paludisme, la diarrhée et la pneumonie des zones rurales, précaires et enclavées.

- Cibles

Tableau 28 : Cibles des indicateurs PEC Communautaire

Indicateurs	Données	Sources	Objectif
-------------	---------	---------	----------

	de Base	et Années de base	2013	2014	2015	2016	2017
Indicateur d'impact							
Incidence annuelle du paludisme chez les moins de 5 ans dans la communauté	ND	ND	ND	250	200	150	100
Indicateur de processus							
Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre ayant bénéficié de TDR au niveau communautaire dans les zones ciblées	20%	Rapport PNL 2013	40%	50%	100%	100%	100%
Proportion de cas âgés de moins de 5 ans diagnostiqué paludisme simple et ayant reçu les CTA conformément à la politique national	53%	Rapport PNL 2013	60%	70%	80%	90%	90%
Proportion d'ASC sans rupture de stocks en CTA au cours du trimestre	ND	ND	ND	60%	70%	80%	90%
Proportion d'ASC sans rupture de stocks en TDR au cours du trimestre	ND	ND	ND	60%	70%	80%	90%

- [Approches opérationnelles](#)

Tableau 29: Approches opérationnelles de la PEC communautaire

Interventions	Responsables de MOE	Zones de MOE
PEC (PECADOM) communautaire	ASC, FS	36 districts

☐ GESTION DES URGENCES ET DES CATASTROPHES

- [Stratégie](#)

Les situations d'épidémie du paludisme peuvent se présenter en temps de crise socio-politique, de violences locales ou de catastrophes naturelles. Ces situations d'urgence sont également observées dans les zones précaires et de grande insalubrité. Pour prévenir le paludisme chez ces populations sans abri et hautement vulnérables au paludisme, il sera développé à travers le plan d'organisation des secours (ORSEC), des interventions de prévention et de prise en charge spécifique prenant en compte le traitement intermittent du paludisme chez la femme enceinte, la distribution des moustiquaires ainsi que la sensibilisation aux mesures d'assainissement sur les sites d'urgence.

- [Justification](#)

Les situations de guerre, de violences locales ou de catastrophes naturelles occasionnent le déplacement massif de population composée en majorité de femmes et d'enfants. Ces populations se retrouvent dans la plupart du temps dans des camps des réfugiés ou des endroits qui offrent des conditions de vie très précaires. Cette situation expose ces populations à plus de piqûres de moustiques notamment dans les régions à haute transmission. Ainsi sans abri, ni vêtements, ces populations deviennent hautement vulnérables avec un nombre croissant de cas de paludisme et de décès.

En dehors de l'appui des partenaires du Système des Nations Unies, les plans ORSEC développés lors des situations d'urgence qui se sont présentées jusque-là en Côte d'Ivoire n'avaient pas bénéficié d'intervention de lutte contre le paludisme dans les sites d'urgence. Ainsi, ce plan stratégique prévoit la mise en œuvre d'intervention de prévention et de prise en charge spécifique prenant en compte le traitement intermittent du paludisme chez la femme enceinte, la distribution des moustiquaires ainsi que la sensibilisation aux mesures d'assainissement sur les sites d'urgence.

- Directives

- Elaborer un plan d'action d'urgence spécifique au paludisme ;
- Prévoir des stocks de médicaments et d'intrants : Sécuriser (1%) des stocks de CTA, TDR, MILDA et SP, produits pour la PID pour la gestion des urgences et des catastrophes ;
- Mobiliser les ressources pour la mise en œuvre ;
- Elaborer un projet d'appui au plan ORSEC.

- Cibles

Tableau 30 : Cibles des indicateurs Urgences et Catastrophes

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
Indicateur d'effet							
Proportion des cas suspects de paludisme vu dans les camps de déplacés ayant bénéficié d'un TDR pour la confirmation du diagnostic	ND	ND	ND	%	80%	80%	80%
Proportion des cas confirmés de paludisme vu dans les camps de déplacés ayant bénéficié d'un traitement antipaludique conformément aux directives nationales	ND	ND	%	%	80%	80%	80%
Proportion des populations vues dans les camps de déplacés ayant bénéficié d'une MILDA	ND	ND	%	%	80%	80%	80%

- Approches opérationnelles

Tableau 31: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions Urgences et Catastrophes

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Déploiement des antipaludiques et des TDR sur les sites de déplacés	PNLP/NPSP	Zones d'accueil des populations déplacées
Organisation des consultations curatives	Districts / centres de santé	
Distribution des MILDA	ONG /humanitaires	Zones d'accueil des déplacées
Sensibilisation à l'utilisation des MILDA	Personnel des centres de santé ASC, ONG	Zones d'accueil des déplacées
Sensibilisation à l'utilisation des MILDA	ASC, ONG	Zones d'accueil des déplacées

❑ IEC/CCC, MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

- Stratégie

Pour une implication effective des parties prenantes dans la mise en œuvre de ce plan, 3 stratégies de communication seront utilisées :

- Le plaidoyer pour le partenariat : orientée vers les décideurs étatiques et les acteurs non étatiques (autorité religieuse, société civile, entreprises privées et les partenaires au développement) pour le cadre de partage des résultats et la mobilisation des ressources de la lutte contre le paludisme ;
- La communication pour le changement de comportement : communication de proximité dans la communauté qui sera réalisée à travers les activités suivantes :
- Activités de sensibilisation de proximité des relais communautaires ; qui animeront dans leurs différentes localités des causeries de groupes de quinze personnes, des visites à Domiciles des jeux de rôles, des projections de films et les théâtres. pour cela des boîtes à l'image et des outils de sensibilisation seront produits et distribués aux relais. Les nouveaux relais seront formés et les anciens recyclés à cet effet.

Les sensibilisations de masse : elles seront organisées dans les écoles et les quartiers en milieu urbain. L'organisation d'une semaine de sensibilisation dans les districts, l'initiation d'une caravane des artistes dans des régions ciblées. Des banderoles et des outils de communication seront produits à cet effet.

- 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,...) ;
- Un partenariat sera établi avec les radios de proximité, les religieux les médias publics (RTI) pour la diffusion des messages de sensibilisation sur la 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 : 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.

- Justification

La mise en œuvre des interventions a connu des insuffisances à plusieurs niveaux pour lesquelles le renforcement de la communication l'IECC/ communication est nécessaire. Il s'agit notamment des aspects de communication de proximité devant aboutir au changement de comportement dans le cadre de l'utilisation des MILDA dont le taux d'utilisation est à 33%, le faible taux d'utilisation de la SP 2. Il y a aussi une persistance des gîtes larvaires réduisant les efforts du programme en termes de prévention. Un plaidoyer doit donc être réalisé auprès des décideurs des ministères en charge de l'environnement et de la salubrité, des entités décentralisées ; des ONG et associations en vue d'obtenir leur implication véritable dans la lutte contre le paludisme.

- Directives

- Renforcer le plaidoyer auprès des décideurs et les entités décentralisées et des partenaires pour obtenir leur engagement et la mobilisation de ressources ;
- Déterminer avec les ONG et associations des actions concrètes à développer ;
- Amener les populations à l'utilisation des services pour bénéficier de la prise en charge ;
- Susciter la participation communautaire pour pérenniser les acquis ;
- Faire la promotion des mesures de protection individuelle;
- Faire la promotion des mesures de lutte contre la reproduction des moustiques

- Résultats attendus

- Sensibiliser 80% de la population (zones urbaines, zones rurales, quartiers précaires et population enclavées) pour l'utilisation des services afin de bénéficier des mesures prise en charge (Diagnostic et PEC) ;
- Amener 80% de la population (zones urbaines, zones rurales, quartiers précaires et population enclavées) à utiliser les mesures préventives (MIDA, TPI) ;
- Amener 80% de la population à connaître les causes, les symptômes, les mesures préventives et le traitement du paludisme.

- [Cibles](#)

Tableau 32 : Cibles des indicateurs IEC/CCC

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
Indicateur d'effet							
% de personnes qui connaissent les causes, les symptômes, les mesures préventives et le traitement du paludisme	55%	Enquête de service	80%	80%	80%	80%	80%
Indicateur de résultats							
% de populations sensibilisées aux mesures préventives du paludisme	NA	Rapport CARE 2013	NA	80%	80%	80%	80%
% de relais communautaires supervisés	57%	Rapport CARE 2013	80%	80%	90%	90%	100%
Indicateur de processus							
Nombre de visites à domiciles réalisées	3708	Rapport CARE 2013	6000	8000	9840	9840	9840
Nombre de causeries débats organisés	5562	Rapport CARE 2013	2000	24000	29520	29520	29520
Nombre de nouveaux relais communautaires formés en IEC CCC	1122	Rapport CARE 2013	1172	0	2460	0	2460
Nombre de radios de proximité qui diffusent des messages sur le paludisme	74	Rapport CARE 2013	Voir CARE	82	82	82	82

- Approches opérationnelles

Tableau 33: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions IEC/CCC

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Plaidoyer	MSLS, DRS, DDS, les relais communautaires, ONG internationales et nationales, les OBC, les OBF et le secteur privé.	Tout le pays
Sensibilisation	ONG, OBC, les OBF et le secteur privé	Tout le pays
Mobilisation sociale	ONG, OBC, les OBF et le secteur privé	Tout pays

□ APPROCHE COMMUNAUTAIRE

- Stratégie

La stratégie de prise en charge à domicile du paludisme (PECADOM) qui vise les enfants âgés de moins de 5 ans dans les populations situées à plus de 5 km d'un centre de santé et qui implique déjà 24 districts sanitaires, sera étendue à 49 nouveaux districts au cours de la période de replanification soit de 2014 à 2017. La PECADOM sera mise en œuvre par les agents de santé communautaire (ASC) dûment formés. Ceux-ci seront désignés par leur communauté avec l'appui des Equipes Cadre de Districts sur la base de critères bien définis. Cette stratégie sera renforcée par l'organisation trimestrielle de consultation en stratégies avancées dans les districts sanitaires et l'organisation de consultation dans les quartiers précaires de la ville d'Abidjan et de certaines villes de l'intérieur du pays. Ces activités permettront d'offrir les prestations de prévention et de traitement du paludisme à toutes les populations cibles y compris les femmes enceintes. Elles pourront être intégrées aux interventions d'autres programmes de santé notamment la prise en charge de la diarrhée et de la pneumonie en plus du paludisme.

Par ailleurs, il sera procédé au renforcement des capacités des prestataires des structures de santé publique et privé ainsi que les agents de santé communautaire impliqué dans la prise en charge à domicile du paludisme (PECADOM). Ce renforcement de capacité sera axé sur l'application des nouvelles directives.

- Justification

Face aux faibles taux d'utilisation des services estimés à 36% la stratégie de prise en charge à domicile du paludisme (PECADOM) est une des réponses proposées. Elle concerne les enfants âgés de moins de 5 ans des localités situées à plus de 5 km d'un centre de santé.

L'objectif fixé était de couvrir 36 districts mais dans la mise en œuvre seulement 24 districts ont été pris en compte.

Les résultats probants obtenus ailleurs dans le monde et en Côte d'Ivoire, justifie l'impérieuse nécessité d'atteindre l'objectif fixé et ensuite d'étendre cette intervention à plus de districts afin accroître l'accès aux soins.

La nouvelle planification à faire d'ici 2017 prendra en compte cette approche prise en charge communautaire.

- Directives

- Faire un test rapide à tout enfant de moins de 5 ans dans les villages cibles
- Délivrer les CTA selon la tranche d'âge en cas de test positif
- Référer l'enfant en cas de signe de danger

- Résultats attendus

- 80% des cas de fièvre suspects sont confirmés et traités dans la communauté;
- 100% des ASC sont formés et approvisionnés régulièrement en intrant pour la prise en charge communautaire du paludisme, la diarrhée et la pneumonie des zones rurales, précaires et enclavées ;

- Cibles

Tableau 34 : Cibles des indicateurs Interventions communautaires

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
Indicateur d'effet							
Incidence annuelle du paludisme chez les moins de 5 ans dans la communauté	ND	ND	ND	250	200	150	100
Prévalence parasitaire du paludisme chez les moins de 5 ans	ND	ND	ND	40%	35%	30%	20%
Indicateur de résultats							
Proportion de cas de paludisme simple correctement prise en charge dans les formations sanitaires chez les moins de 5 ans	53%	Enquête de service	60%	70%	80%	90%	95%
Indicateur de processus							
Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre au cours des deux dernières semaines et ayant bénéficié de TDR au niveau communautaire dans les zones ciblées	20%	Rapport PNL 2013	40%	50%	60%	70%	80%

Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu un traitement antipaludique correct dans la communauté	53%	Rapport PNL 2013	60%	70%	80%	90%	90%
Proportion d'ASC sans rupture de stocks en CTA au cours du trimestre	ND	ND	ND	60%	70%	80%	90%
Proportion d'ASC sans rupture de stocks en TDR au cours du trimestre	ND	ND	ND	60%	70%	80%	90%

- Approches opérationnelles

Tableau 35: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions communautaires

Interventions	Responsables de MOE	Zones de MOE
Promotion de la Santé et de l'environnement	ONG, OBC OBF	
PEC (PECADOM) communautaire	District/ ASC	Zones ciblées (36)
MILDA communautaire	Agent de santé communautaire	

☐ SUIVI ET EVALUATION

- Stratégie

Deux types de suivi des interventions de ce plan stratégique national seront développés

1. Suivi de la qualité des prestations : Il se fera pendant les visites de supervision routinière (directe ou indirecte) dans les structures sanitaires privées et publiques selon la périodicité retenue dans le plan national de S&E. Ce suivi se effectués par les équipes cadres des districts ;
2. 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) mais aussi lors des ateliers de validation des données au niveau des régions puis des visites de contrôle de la qualité des données dans les sites de gestion des données sur le paludisme.

Pour la qualité des données, quatre principales stratégies de suivi seront développées :

- Suivi intégré au système national d'information sanitaire : Ce suivi sera focalisé sur les données des activités de routines (distribution de MILDA, dispensation TPI, Diagnostic et PEC des cas de paludisme, gestion des intrants...) développées dans les formations sanitaires publiques et privées par des personnes formées ;
 - En ce qui concerne les activités de routine dans les formations sanitaires publiques, le suivi se fera de manière intégrée aux activités de supervision et des réunions de coordination des équipes cadres des districts et des régions sanitaires. En effet, ce suivi sera réalisé par les

acteurs à divers niveaux du système sanitaire (DD ; DR, PNLP et DIPE) et avec les outils révisés du SNIS et en conformité au circuit de remontée passive décrite dans le plan national de S&E ;

- En ce qui concerne les cliniques privées, le suivi se fera dans les mêmes conditions que ce qui est décrit pour les formations sanitaires publiques mais ceci conjointement avec les personnes ressources des associations des cliniques privées et ordre national des médecins ou infirmier du secteur privé ;
- S'agissant du suivi communautaire, il se fera par non seulement les animateurs d'ONG et les responsables des ESPC
- Suivi à travers les sites sentinelles : Les sites fonctionnels seront mis en fonction pour le suivi de la morbidité et de la mortalité du paludisme chez les groupes à risque que sont les enfants et les femmes enceintes. Ce suivi sera effectué conformément aux protocoles qui seront approuvés par le Groupe scientifique
- Suivi des activités ou prestations ponctuelles (formation, atelier, passation de marchés...) se fera suivant les directives du manuel de procédures approuvés par les bailleurs

Les résultats de ce suivi de la qualité des prestations et des données seront diffusés à travers les rapports de supervisions, les revues périodiques, les rapports trimestriels et annuels du PNLP et le RASS. Ces résultats seront partagés entre et avec les acteurs et partenaires au cours des canaux suivants : réunions mensuelles des ASC et Responsable EPSC ; réunion mensuelle des districts avec les responsables des formations sanitaires ; réunions semestrielles du comité de coordination des districts ; Réunions semestrielles de Task force organisée par le PNLP ; Réunion annuelle du PNLP.

Pour l'évaluation des interventions de ce plan stratégique, 4 stratégies seront développées. Il s'agit de l'évaluation :

- soit de manière intégrée aux enquêtes de grandes envergures telles que MISC et EDS ;
 - soit par contractualisation avec la fédération nationale des structures de recherche qui sera mise en place à partir de 2015 pour les enquêtes, études et recherches actions (évaluation de l'efficacité des MILDA, évaluation de résistance des vecteurs aux insecticides, TraC, CAP...) planifiées par le PNLP ;
 - soit par les consultants indépendants octroyés par les partenaires (OMS, UNICEF, RBM) pour ce qui concerne l'audit rapide de la qualité des prestations, le MIS, les revues de programme et les évaluations à mi-parcours ou finales du plan stratégique national ;
 - soit par les personnes ressources du PNLP et de la DIPE en ce qui concerne les petites enquêtes telles que les enquêtes de services, la pharmacovigilance...
- Directives
 - Supervision des formations sanitaires privées et publiques 1 fois par trimestre par équipe cadre de District ;

- Supervision des Agents de santé communautaires : 1 fois par mois par le responsable d'ASC ;
 - Supervisions des relais communautaires : 1 fois par l'animateur d'ONG ;
 - Supervision des districts sanitaires : 1fois par semestre par les personnes ressources du PNLP et DIPE ;
 - OSDV et RSQA intégré: 1fois par an ;
 - Atelier de validation et contrôle de la qualité des données : 1 fois par trimestre
 - Enquête MIS : 1fois par an ;
 - Enquête TraC
 - Enquête MISC ; Enquête EDS.
- Résultats attendus
 - Au moins 90% des réunions de coordination et de suivi soient organisées à tous les niveaux (ASC, ONG, DS) ;
 - Au moins 80% des prestataires formés (Agents de santé ou ASC) soient supervisés ;
 - Au moins 80% des structures sanitaires soient sans rupture de stock de CTA, SP et MILDA ;
 - Au moins 90% des études, recherches-actions, et enquêtes planifiées soient réalisées conformément à la planification du manuel de S&E et les rapports soient diffusés ;
 - 100% des ateliers de validation des données au niveau des régions soient réalisées ;
 - 100% de complétude des rapports de supervision des districts sanitaires ;
 - 100% de complétude des rapports trimestriels des données des districts sanitaires

- Cibles

Tableau 36 : Cibles des indicateurs de suivi des activités

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
Pourcentage de prestataires formés dans le secteur public Supervisés pendant le trimestre	20%	Rapport PNLP 2013		80%	90%	90%	90%
Pourcentage de prestataires formés dans le secteur privé Supervisés pendant le trimestre	ND	ND		80%	90%	90%	90%

Pourcentage de districts sanitaires soumettant dans les délais leur rapports trimestriels	82	Rapport PNL 2013		100%	100%	100%	100%
Pourcentage de formations sanitaires publiques n'ayant pas connu de rupture de stock en intrants (MILDA, TDR, ACT et SP)	ND	ND		100%	100%	100%	100%
Pourcentage de formations sanitaires privées n'ayant pas connu de rupture de stock en intrants (MILDA, TDR, ACT et SP)	ND	ND		60%	70%	70%	70%
Pourcentage de prestataires formés dans au niveau supervisés pendant le trimestre	3	Rapport PNL 2012		100%	100%	100%	100%
Nombre de bulletins trimestriels publiés par an				4	4	4	4
Nombre d'études ou recherches action ou enquêtes réalisées							
Nombre d'ateliers de validation des données au niveau des régions soient réalisées				82	82	82	82

❑ GESTION DU PNL

○ Planification et suivi de la mise en œuvre

• Description

Les stratégies proposées pour assurer la planification et le suivi régulier des interventions sont essentiellement :

- L'élaboration chaque année d'un plan d'action opérationnel issu du plan stratégique, qui doit être transmis aux directions régionales et départementales;
- L'intégration des activités avec d'autres programmes de santé tels que PNSI/SE, PEV, PNSSU, PNSR/PF, PNPEC est une stratégie qui a fait ses preuves à travers les consultations foraines et la PECADOM;
- L'organisation de réunions et de supervisions semestrielles à l'attention des acteurs du niveau opérationnel pour la coordination et le suivi des interventions. La Task Force est une rencontre semestrielle qui regroupe les partenaires et les acteurs de mise en œuvre pour apprécier l'état d'avancement des interventions et réorienter la lutte.

• Justification

L'analyse de la situation a révélé les points faibles dans la gestion du PNL :

- Irrégularité et faible documentation des activités de coordination, de supervision et de contrôle;
- Faible appropriation de la mise en œuvre des interventions par les DRS et DDS;
- Absence d'un cadre formel de coordination des interventions des partenaires de la lutte contre le paludisme.

Il donc est indispensable de corriger ces faiblesses par notamment le renforcement du cadre institutionnel du PNLP. Ceci permettra de disposer de tous les documents pouvant donner toutes les orientations aux acteurs de la lutte afin d'intégrer les interventions de lutte contre le paludisme dans leur planification. La dynamisation des mécanismes de coordination et de collaboration, le renforcement des capacités des ressources humaines seront un gage de l'amélioration des résultats attendus, Le renforcement concernera aussi les capacités matérielles et logistiques du PNLP et des autres parties prenantes.

- Directives

- Mettre à la disposition des DRS et DDS des directives, des canevas de rapport des activités de coordination, de supervision et de contrôle simplifiés et standardisés
- Instaurer la retro information systématique de toutes les activités ;
- Instituer l'organisation des réunions bilan et de planification semestrielles avec les régions et districts de santé ;
- Partager les bonnes pratiques avec tous les acteurs ;
- Mettre en place un cadre fonctionnel de coordination des partenaires et de mobilisation de ressources.
- Organiser une réunion trimestrielle ou un atelier de réflexion du GSA au PNLP

- Résultats attendus

La coordination des interventions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est assurée

- Cibles

Tableau 37 : Cibles des indicateurs Gestion du Programme

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
Indicateur de processus							

Nombre de réunions de coordination centrales (Task Force) organisées	2	Rapport d'activité du PNL 2013	2	100%	100%	100%	100%
Nombre de réunion bimestrielle de coordination avec les partenaires organisées	12	Rapport d'activité du PNL 2013	6	6	6	6	6
Nombre de réunions de coordination trimestrielles régionales organisées	40	Rapport d'activité du PNL 2013	80	100%	100%	100%	100%
Nombre de réunions de coordination trimestrielles des ECD organisées	ND	ND	328	328	328	328	328
Nombre d'activité de monitoring organisé	ND	ND	164	100%	100%	100%	100%
Nombre de réunions organisées	4	Rapport de réunion	04	100%	100%	100%	100%

○ Ressources humaines

● Description

La lutte contre le paludisme est intégrée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle fait intervenir différents acteurs à tous les niveaux. A cet effet, il est prévu l'élaboration d'un plan de renforcement des ressources humaines impliquées dans la lutte à chaque niveau. Ce plan décrira la compétence et le nombre de personnel nécessaire aussi bien au niveau de la coordination qu'au niveau régional, district, dans les structures de santé et dans la communauté. À partir de ce document les gaps seront identifiés et des ressources mobilisées pour un renforcement des capacités en terme de formation en suivi-évaluation, en paludologie, gestion des données, épidémiologie et bio statistique, en recherche opérationnelle etc.

Egalement une évaluation des capacités matérielles et logistiques du PNL et des autres parties prenantes sera réalisée dans l'optique de mobiliser des ressources pour améliorer le cadre de travail, redynamiser les mécanismes de coordination et de collaboration pour une lutte plus adaptée à chaque niveau

● Justification

La gestion du programme repose fondamentalement sur les ressources humaines, un renforcement doit être apporté en nombre et en qualité aussi bien au niveau central qu'au niveau opérationnel.

Par ailleurs l'amélioration de leur cadre de travail par la mise à disposition des moyens logistiques suffisants et contribuera à la motivation du personnel.

Les insuffisances notées comme le ratio moyen du personnel de santé en particulier le personnel paramédical, la forte disparité dans la répartition de ce personnel de santé, la faible capacité de coordination de la formation continue, le peu d'application des directives nationales dans le secteur privé mérite une attention particulière ; l'inexistence au PNLP de spécialiste chargé des ressources humaines

- Directives

- Intégrer dans le plan de formation continue le secteur privé de soins sur les directives nationales ;
- Poursuivre la diffusion des directives nationales dans les secteurs publics et privés de soins

- Résultats attendus

- Le plan de renforcement des ressources humaines est élaboré
- Les capacités de gestion des personnels intervenant dans la lutte contre le paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont renforcées.

- Cibles

Tableau 38 : Cibles des indicateurs de suivi des Ressources Humaines

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
Indicateur de processus							
Nombre sessions de formation du staff managérial du PNLP organisées	10	Rapport d'activité du PNLP 2013	10	10	10	10	10
Nombre de conférences internationales, ateliers et échanges d'expériences organisées	8	Rapport d'activité du PNLP 2013	8	25	25	25	25
Nombre de sessions de formations des acteurs du niveau régional organisées	ND	ND	10	10	10	10	10
Nombre de sessions de formations des acteurs du niveau opérationnel organisées	ND	ND	20	20	20	20	20

☐ COORDINATION DU PARTENARIAT

- Description

Le renforcement du partenariat en vue d’impliquer un nombre plus important d’acteurs est un réel défi. Il s’agira de

- Renforcer le partenariat existant avec les organisations et structures notamment les OBC (FENACOVICI), des ONG internationales (CARE Internationale, PSI, FHI...), des réseaux spécialisés de la lutte contre le paludisme (ROLPCI), le secteur sanitaire privé (CECI), les Agences du Système des Nations-Unies (OMS, UNICEF, UNDP, UNFPA, UNHCR), les organisations sous régionales (RBM/WARN, CEDEAO, UEMOA, OOAS) ;
- Mettre en place un forum des partenaires. La coordination se fera à travers l’organisation de réunions semestrielles avec tous les partenaires nationaux et internationaux et des réunions trimestrielles avec les autres Programmes de santé et le secteur privé ;
- Organiser des tables rondes avec les bailleurs pour la mobilisation des ressources ;
- Signer des contrats de performance et des conventions avec les partenaires dans la mise en œuvre des interventions.

- Justification

- Des partenariats initiés par le PNLP doivent être multipliés et diversifiés. Les réunions de coordination semestrielles avec les DRS et les DDS, qui ont permis d’échanger sur les difficultés rencontrées facilitent la recherche de solution ;
- La coordination du partenariat se fera à travers l’organisation de réunions semestrielles avec tous les partenaires nationaux et internationaux, des réunions trimestrielles avec les autres Programmes de santé et le secteur privé

- Résultats attendus

- La coordination avec les partenaires et le secteur privé est renforcée;

Le plaidoyer auprès des autorités politiques, administratives, religieuses, traditionnelles et communautaires est renforcé.

- Cibles

Tableau 39 : Cibles des indicateurs de suivi de la coordination

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
Indicateur de processus							

Nombre de réunions de coordination organisées avec les partenaires	2	Rapport d'activité du PNLN 2013	4	4	4	4	4
Nombre de réunions de coordination organisées avec les acteurs du secteur privé	2	Rapport d'activité du PNLN 2013	8	8	8	8	8
Nombre de réunions de plaidoyer organisées avec les autorités politiques, administratives, religieuses, coutumier et communautaires	ND	ND	164	100%	100%	100%	100%

❑ RENFORCEMENT DU SYSTEME DE GESTION DES APPROVISIONNEMENTS ET STOCKS

- Description

Pour assurer la prise en charge correcte des cas de paludisme, il est indispensable de rendre disponible à toutes les couches de la population les antipaludiques et les intrants de qualité à un coût abordable. Les interventions proposées pour atteindre ce résultats portent sur

L'achat des médicaments et autres intrants sont effectués soit par la Nouvelle PSP ou par les partenaires qui disposent de procédures internes d'achat.

Le stockage puis l'acheminement des produits et équipements médicaux dans les districts sanitaires par la Centrale d'achat, la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique. Au niveau des districts il existe des entrepôts pour le stockage de médicaments et intrants qui sont gérés par des pharmaciens et des préparateurs gestionnaires en pharmacie. Les prestataires de soins des aires de santé s'approvisionneront de façon mensuelle à la pharmacie du district.

Le suivi de la gestion des intrants sera réalisé au niveau central par la NPSP en collaboration avec le PNLN. Au niveau opérationnel, les supervisions semestrielles seront organisées par ces deux structures.

L'intégration de l'évaluation de la gestion des intrants antipaludiques dans les activités de monitoring semestrielles organisées par les équipes cadres de districts sanitaires

Par ailleurs des réunions trimestrielles de gestion des données de consommation seront organisées avec les gestionnaires des médicaments du niveau régional avec comme résultat la disposition d'une base synthèse trimestrielle des données sur la consommation et les stocks disponibles

Une contractualisation avec les pharmaciens de district sanitaire pour le suivi de la consommation et le reportage des données sur les intrants antipaludiques.

L'approvisionnement des officines privées en antipaludiques et intrants par les grossistes répartiteurs privés qui ont une convention avec l'Etat.

- Justification

Malgré la bonne disponibilité des médicaments et intrants au niveau central des insuffisances persistent au niveau du système de gestion des approvisionnements et des stocks. Il s'agit en l'occurrence des actions du retard observé pour la commande, la non maîtrise des stocks au niveau des formations sanitaires. Par ailleurs un plaidoyer doit être mené pour lutter contre le marché illicite du médicament car la vente des médicaments contrefaits constitue une entrave à la réalisation des objectifs de lutte contre le paludisme.

- Directives

- Elaborer des directives de gestion des stocks à l'attention des formations sanitaires et des districts;
- Former les agents de santé à la gestion des stocks
- Contractualiser avec la NPSP pour le stockage, la gestion, l'approvisionnement des formations sanitaires en intrants antipaludiques
- Contractualiser avec les pharmaciens de districts sanitaires pour le suivi des consommations moyennes et le reportage régulier des données sur la gestion et l'utilisation des intrants

- Résultats attendus

Renforcer les capacités de gestion matérielles et logistiques des intrants et médicaments de lutte contre le paludisme.

- Cibles

Tableau 40 : Cibles des indicateurs GAS

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
Indicateur de processus							
Nombre de gestionnaires des pharmacies formés à la gestion logistiques des intrants et médicaments de lutte contre le paludisme	ND	ND	ND	164	164	164	164
Nombre d'outils de gestion des intrants et médicaments de lutte contre le paludisme	ND	ND	ND	A déterminer	A déterminer	A déterminer	A déterminer

reproduits							
Nombre de structures de soins approvisionnées en antipaludiques et autres intrants au cours du trimestre	1700	Rapport d'activité du PNLP 2013	2 100	2 100	2 100	2 100	2 100

❑ AMELIORATION DE LA GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES

• Description

La lutte contre le paludisme bénéficie de plusieurs financements. Et davantage de ressources seront mobilisées. Des interventions seront réalisées pour garantir une gestion efficiente des ressources. Il s'agira de :

- Diversifier les sources de financement de la lutte : A cet effet, l'Etat ivoirien alloue tous les ans un budget de fonctionnement à la lutte contre le paludisme. Ce budget est géré par la DC-PNLP conformément aux procédures décrites dans le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIG FIP). Concernant la gestion de projet spécifique tel que le projet Round 8 du Fonds Mondial, un staff financier d'appui a été recruté et un manuel de procédure élaboré;
- Elaborer un manuel de procédure harmonisé pour la gestion des financements des partenaires et du Programme;
- Organiser des audits internes et externes ainsi que des missions d'inspection financière et d'inventaire au niveau opérationnel pour garantir une meilleure gestion.
Former les acteurs financiers du niveau opérationnel aux procédures de gestion.

• Justification

- Les missions de gestion financières, les audits internes et externes entrepris dans le cadre du projet round 8 contribuent à l'atteinte des résultats. Ces actions se poursuivront donc dans le cadre de la mise en œuvre du présent plan;
- l'allocation rationnelle des ressources justifie la mise en place d'un manuel de procédure commun pour la gestion des ressources mobilisées.

• Résultats attendus

- Les ressources additionnelles pour la lutte contre le paludisme sont y mobilisées;
- La gestion financière des interventions de lutte contre le paludisme à tous les niveaux de la pyramide est renforcée.

Cibles

Tableau 41 : Cibles des indicateurs des gestion des Ressources humaines

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
Indicateurs de processus							
Nombre de réunion de mobilisation des ressources organisées	ND	ND	1	2	0	0	0
Nombre de réunion de planification et de suivi des plans d'actions budgétisés organisée par le PNLP	2	Rapport d'activité du PNLP 2013	12	12	12	12	12
Nombre de missions d'appui à la gestion financière organisées aux seins des directions régional et départementale de la santé	1	Rapport d'activité du PNLP 2013	2	100%	100%	100%	100%

RESUME DU BUDGET

BUDGET PAR AXE STRATEGIQUE (EN EURO)					
STRATEGIES	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	TOTAL	%
MILDA	5 513 417	5 435 040	51 003 570	61 952 027	37%
PID/LAL	2 415 795	224 390	2 386 418	5 026 602	3%
TPI	139 395	163 768	177 541	480 703	0%
DIAGNOSTIC	3 810 816	2 683 584	2 583 001	9 077 401	5%
PEC	14 893 447	13 579 218	14 564 305	43 036 969	26%
IEC_CCC	3 684 436	2 688 270	2 688 270	9 060 977	5%
RENFORCEMENT COMMUNAUTAIRE	3 053 903	2 168 347	2 166 749	7 389 000	4%
M&E et SUR EPI	2 586 375	1 849 989	1 848 365	6 284 729	4%
RENFORCEMENT CAPACITE	910 962	327 768	327 768	1 566 499	1%
GEST_PROG+GEST FINANCIERE+GAS	5 260 211	4 823 552	12 039 311	22 123 074	13%
SOUS TOTAL 1	42 268 756	33 943 926	89 785 299	165 997 981	100%

ANNEXE : budget détaillé

Plan d'action budgétisé 2015-2017

MODULE LUTTE ANTI VECTORIELLE

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
MILDA				5,513,417		5,435,040		51,003,570	61,952,027
MILDA distribution régulière				5,513,417		5,435,040		5,613,820	16,562,277
Acquérir des MILDA pour la distribution en routine		2,33	2,091,680	4,869,936	2,146,063	4,996,554	2,201,861	5,126,465	14,992,955
Acheminer des MILDA volet public au niveau des chefs-lieux des 82 DDS	Cout unitaire moyen pour le transport d'une moustiquaire 0,09 euro. La dotation annuelle est acheminée de façon trimestrielle	0,09	2,091,680	183,741	2,146,063	188,519	2,201,861	193,420	565,680
Acheminer les MILDA volet public des DDS aux centres de santé	Prise en charge du carburant, location du camion pendant 3 jours, et perdiem du convoyeur du district pendant 3 jours. Soit une moyenne de 682 euros/trim/DDS	683	328	223,877	328	223,877	328	223,877	671,632
Briefing du personnel impliqué dans la distribution de routine des MIDs au niveau des districts	1 jour de formation. 1 session de 25 pers pour chacun des 82 DDS	102	2,050	209,773		-		-	209,773
Conduire une évaluation des prix des Milda aux niveaux communautaire et commercial		43,969		-		-	1	43,969	43,969
Reproduire les outils de gestion des MILDA	Reproduire 82 cahiers de district 1600 cahiers de CS, 1600 cahiers de PEV et 1600 cahiers CPN à 2,7 euro l'unité et 3200 borderau de livraison	26,089	1	26,089	1	26,089	1	26,089	78,268
MILDA: campagne à grande échelle				-		-		45,389,750	45,389,750
Acquérir 14 698 357 MILDA de la campagne		2					14,698,357	34,221,329	34,221,329
Mise en ouvre de la campagne		1		-		-	10,382,761	10,382,761	10,382,761
Communication sur la campagne		1		-		-	785,660	785,660	785,660

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
PID/ LAL/ Campagne de salubrité				2,415,795		224,390		2,386,418	5,026,602
Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent				1,140,889		-		1,140,889	2,281,778
Elaboration planification				-		-		-	-
Atelier d'élaboration d'un projet pilote pour la mise en œuvre de la PID	Un atelier de 5 jours pour 15 personnes à raison de 134,15 Euro	105	75	7,856		-	75	7,856	15,713
Appui technique national pour la mise oeuvre	Honoraire du consultant national: Euro/jour	122	30	3,659		-	30	3,659	7,317
Appui technique interational pour la mise oeuvre	Prise en charge et honoraires du consultant international: 650 Euro/jour pendant 30 j	650	30	19,513		-	30	19,513	39,027
Mise en œuvre PID				-		-		-	-
Acquerir l'insecticide	Eestimation de la quantité d'insecticide pour 3 Districts	841,173	1	841,173		-	1	841,173	1,682,347
Realiser l'opération de pulvérisation	Eestimation pour 3 Districts	127,031	1	127,031		-	1	127,031	254,062
Former le personnel impliqué	Eestimation pour 3 Districts	14,188	1	14,188		-	1	14,188	28,376
Réserve	Eestimation pour 3 Districts	19,820	1	19,820		-	1	19,820	39,639
Réaliser une enquête PID	Eestimation pour 3 Districts	55,748	1	55,748		-	1	55,748	111,497
Mettre en œuvre les activités IEC	Eestimation pour 3 Districts	8,825	1	8,825		-	1	8,825	17,651
Réaliser le suivi entomologique	Eestimation pour 3 Districts	43,075	1	43,075		-	1	43,075	86,150
Mise en œuvre LAL				1,050,516		-		1,050,516	2,101,032
Atelier d'élaboration d'un projet pilote pour la mise en œuvre de la LAL	Un atelier de 5 jours pour 15 personnes à raison de 134,15 Euro	105	75	7,856		-	75	7,856	15,713
Acquerir les biolarvicides	Estimation pour un district	918,837	1	918,837		-	1	918,837	1,837,674
LAL: Equipe d'appui	Estimation pour un district	2,515	1	2,515		-	1	2,515	5,031
LAL: Equipe locale	Estimation pour un district	13,225	1	13,225		-	1	13,225	26,450
LAL: Enquête entomologique	Estimation pour un district			11,908		-	1		23,817

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
		11,908	1					11,908	
LAL: Enquête épidémiologique	Estimation pour un district	43,969	1	43,969		-	1	43,969	87,938
LAL: Communication	Estimation pour un district	40,479	1	40,479		-	1	40,479	80,958
Former le personnel impliqué	Estimation pour un district	4,695	1	4,695		-	1	4,695	9,391
Realiser LAL: Mise en œuvre	Estimation pour un district	7,031	1	7,031		-	1	7,031	14,062
Campagne de salubrité				224,390		224,390		195,013	643,792
Former le personnel impliqué	Former en 2 jours 15 personnes issue des collectivités décentralisées et des comités de lutte contre le paludisme	22	1312	29,377	1312	29,377	0	-	58,754
Acquérir du matériel d'assainissement (rateau, houe, gant, brouette)	Forfait de 457 Euro par DS	457	82	37,502	82	37,502	82	37,502	112,507
Couverture médiatique par les radios de proximité	Pris en compte dans le contrat avec les radios de proximité	-	82	-	82	-	82	-	-
Collation pour les séances d'assainissement	1 séance de 7 jours chacune par trimestre	5	34440	157,510	34440	157,510	34440	157,510	472,531
TPI: Femmes enceintes				139,395		163,768		177,541	480,703
Acquérir la SP pour le TPI 1	Une livraison est prévue en 2015 et a été déduite de la quantité planifiée pour cette année.	0.02	3,015,975	60,320	3,481,191	69,624	3,571,728	71,435	201,378
Acquérir la SP pour le TPI 2		0.02	2,638,980	52,780	3,094,392	61,888	3,174,846	63,497	178,164
Acquérir la SP pour le TPI 3		0.02	565,494	11,310	773,598	15,472	1,190,568	23,811	50,593
Doter les centres de santé de kits de dispensation de SP	Le kit comprend : 05 gobelet plastique avec couvercle, jerrican de 10 litres servant de réservoir d'eau potable, cuvette de rinçage. En 2013 le nombre de CS est 1966 avec une augmentation moyenne de 12 %	8	1,966	14,986	2,202	16,784	2,466	18,798	50,568
DIAGNOSTIC				3,810,816		2,683,584		2,583,001	9,077,401
Traitement en milieu hospitalier				1,771,049		1,155,352			4,022,408

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
								1,096,007	
Organisation des séances de coaching des biotechnologistes sur la microscopie du paludisme	1 session de 12 participants par region sanitaire pendant 3 jour ds les 20 region	180.17	720	129,719		-		-	129,719
Mettre a niveau 75 agents/DS de santé par district sur la PEC du paludisme y compris les agents nouvellement recrutés	3 sessions de 25 raison pendant 1 jour par district	69.77	6,150	429,113		-		-	429,113
Acquerir des TDR pour le diagnostic biologique dans les centres de santé	Un approvisionnement 4 157 100 TDR est prévu pour fin 2014 et début 2015. Elle a été déduite de la quantité prévue en 2015.	0.15	4,754,432	728,497	4,420,661	677,355	4,123,281	631,789	2,037,642
Acquerir des kits de réactif de laboratoire pour le diagnostic biologique du paludisme	Une dotation de 1049 prévue en Décembre 2014 et sera consommée en 2015. Cette quantité a été deduite de la prevision de 2015	1.00	20,593	20,593	19,704	19,704	18,831	18,831	59,128
Acquerir des gants latex pour examen paquet de 100 (pour la PECADOM et structures sanitaires)	Un approvisionnement 83 918 paquet de 100 est prévu pour fin 2014 et début 2015. Elle a été déduite de la quantité prévue en 2015.	3.40	136,214	463,128	134,792	458,293	130,996	445,386	1,366,807
Diagnostic anémie sur paludisme				1,202,347		711,763		670,525	2,584,636
Acquérir des hémoglobinomètres pour les ESPC	2091 ESPC ciblés Cout unitaire 250 euros. Source Supply catalogue UNICEF	250.00	2,091	522,750		-		-	522,750
Acquérir les microcuvettes pour l'utilisation de l'hémoglobinomètre	Quantité de microcuvette fonction de la prévalence de l'anémie chez les moins de 5ans. Présentation de kits de 200 microcuvettes à 56,60 euros. Source Supply catalogue UNICEF	0.28	2,329,672	659,297	2,166,124	613,013	2,020,408	571,775	1,844,086
Assurer la maintenance des 70 microscopes et hémoglobinomètres	Correspond à 15% du coût d'acquisition	1	20,300.00	20,300	98,750	98,750	98,750	98,750	217,800
Contrôle qualité du diagnostic biologique				32,409		32,409		32,409	97,228
Contractualiser avec IPCI/CEDRES pour la confection des lames et TDR ainsi que la lecture des lames	Contrat annuel de 4 573,43 Euro pour un contrôle qualité semestriel	4,573.47	1	4,573	1	4,573	1	4,573	13,720
Collecter des échantillons dans les DS,	Mission de supervision pour la collecte des échantillons dans les 20 régions cout 96,83 Euro/jour /région /pers pendant 3	72.70	240	17,448	240	17,448	240	17,448	52,343
Atelier d'élaboration du rapport	Atelier de 15 personne pendant 3 jours	105	90	9,428	90	9,428	90	9,428	28,283
Reproduction et diffusion du resultat	200 copies à raison de 2,4 Euro/cahier			960	400	960	400	960	2,881

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
		2,40	400						
Diagnostic en stratégie avancée				805,010		784,060		784,060	2,373,130
Organiser 02 campagnes pilotes par an de prise en charge de 03 jours à la MACA		1,294	2	2,589	2	2,589	2	2,589	7,767
Organiser 04 campagnes par an de prise en charge de 03 jours dans les quartiers précaires d'Abidjan		1,294	4	5,178	4	5,178	4	5,178	15,533
Organiser 04 campagnes par an de prise en charge de 03 jours dans les quartiers précaires de Sans pédro		2,338	4	9,353	4	9,353	4	9,353	28,059
Organiser 4 séances de stratégies avancées par an dans tous les districts	Elle prend en compte une activité préparatoire avec l'ensemble des acteurs en moyenne 30 personnes par District . La mise en œuvre se fait sur 4 jours y compris le prépositionnement des intrants dans les 5 villages impliqués dans le district.	2,338	328	766,940	328	766,940	328	766,940	2,300,820
Former 100 enseignants tenant des caisses à pharmacies sur la prise en charge du paludisme simple en milieu scolaire	4 sessions de 25 participants	105	200	20,950		-		-	20,950
PRISE EN CHARGE				14,893,447		13,579,218		14,564,305	43,036,969
Mise à niveau des prestataires				459,215		-		-	459,215
Mettre a niveau 75 agents/DS de santé par district sur la PEC du paludisme y compris les agents nouvellement recrutés	3 sessions de 25 raison pendant 1 jour par district	69.77	6,150	429,113		-		-	429,113
Contribution à la mise à niveau des prestataires du secteur privé sur la PEC du paludisme	3 pers/structure privée provenant des 60 cliniques privée issue de ACPCI et des 100 entreprises privées	31	960	30,103		-		-	30,103
Produits pharmaceutiques_paludisme simple_ESPC et stratégies avancées)				1,824,773		1,706,793		1,599,138	5,130,704
Acquerir de l'ASQA pour enfant de moins de 1 an (ESPC, Stratégie avancée)	Prend en compte les quantités dans les ESPC publiques , le privé non lucratif et les stratégies avancées	0.12	281,758	34,363	261,997	31,953	245,077	29,889	96,205
Acquerir de l'ASQA pour enfant de 1 à 5 ans (ESPC, Privé non lucratif, Stratégie avancée)		0.23	496,287	113,488	461,637	105,564	431,936	98,772	317,824
Acquerir de l'ASQA pour enfant de 6 à 14 ans (ESPC, Stratégie avancée)		0.39	426,830	165,928	399,985	155,492	374,807	145,704	467,125

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
Acquerir de l'ASQA pour enfant de adulte (ESPC, Stratégie avancée)		0.66	604,838	401,100	567,193	376,136	531,846	352,695	1,129,932
Acquerir de l'Artémether Luméfantrine enfant de moins d'1 an (ESPC, Stratégie avancée)	Une dotation est prévue d'ici décembre2014	0.25	281,758	70,874	261,997	65,903	245,077	61,647	198,423
Acquerir de l'Artémether Luméfantrine enfant de 1 à 5 ans (ESPC, Stratégie avancée)	Une dotation est prévue d'ici décembre2014	0.65	496,287	321,548	461,637	299,098	431,936	279,855	900,502
Acquerir de l'Artémether Luméfantrine enfant de 6 à 14 ans (ESPC, Stratégie avancée)	Une dotation est prévue d'ici décembre2014	0.61	426,830	260,279	399,985	243,909	374,807	228,556	732,744
Acquerir de l'Artémether Luméfantrine pour personnes de plus de 14 ans (ESPC, Stratégie avancée)	Une dotation est prévue d'ici décembre2014	0.76	604,838	457,193	567,193	428,737	531,846	402,019	1,287,949
Produits pharmaceutiques_paludisme simple_Secteur privé				615,504		682,026		734,748	2,032,279
Acquerir des TDR pour le diagnostic biologique dans le secteur privé		0.15	1,316,626	201,740	1,458,927	223,544	1,571,702	240,824	666,108
Acquerir de l'ASQA pour enfant de moins de 1 an (Privé non lucratif)		0.12	68,594	8,366	76,008	9,270	81,883	9,986	27,622
Acquerir de l'ASQA pour enfant de 1 à 5 ans (Privé non lucratif)		0.23	119,385	27,300	132,288	30,251	142,514	32,589	90,140
Acquerir de l'ASQA pour enfant de 6 à 14 ans (Privé non lucratif)		0.39	96,381	37,468	106,798	41,517	115,054	44,727	123,711
Acquerir de l'ASQA pour enfant de adulte (Privé non lucratif)		0.66	131,957	87,508	146,218	96,965	157,521	104,461	288,933
Acquerir de l'Artémether Luméfantrine enfant de moins d'1 an (Privé non lucratif)	Une dotation est prévue d'ici décembre2014	0.25	68,594	17,254	76,008	19,119	81,883	20,597	56,970
Acquerir de l'Artémether Luméfantrine enfant de 1 à 5 ans (Privé non lucratif)	Une dotation est prévue d'ici décembre2014	0.65	119,385	77,351	132,288	85,710	142,514	92,336	255,397
Acquerir de l'Artémether Luméfantrine enfant de 6 à 14 ans (Privé non lucratif)	Une dotation est prévue d'ici décembre2014	0.61	96,381	58,773	106,798	65,125	115,054	70,159	194,057
Acquerir de l'Artémether Luméfantrine pour personnes de plus de 14 ans (Privé non lucratif)	Une dotation est prévue d'ici décembre2014	0.76	131,957	99,745	146,218	110,525	157,521	119,069	329,340
Produits pharmaceutiques_paludisme grave				406,932		417,512		428,367	1,252,811
Acquérir l'Arthémether 80 mg inj				29,440	52,992	30,205	54,370		90,636

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
		0.57	51,649					30,991	
Acquérir l'Arthémether 20 mg inj moins 1 an		0.28	21,126	5,810	21,675	5,961	22,239	6,116	17,886
Acquérir l'Artésunate 60 mg inj		1.27	255,019	322,682	261,649	331,072	268,452	339,680	993,433
Acquérir l'Quinine 300 mg/ml ampoule 2 ml inj		0.23	176,796	39,890	181,393	40,927	186,109	41,991	122,807
Acquérir l'Quinine 300 mg cp FE		0.06	83,241	4,691	85,405	4,813	87,626	4,938	14,441
Acquérir l'Artésunate 50 mg rectocaps moins 1 an		1.46	3,020	4,420	3,099	4,535	3,179	4,653	13,608
Gratuité ciblée et écoles				9,613,503		9,901,908		10,198,965	29,714,376
Appui à la gratuité ciblée	Gratuité ciblée	1.00	9,613,503	9,613,503	9,901,908	9,901,908	10,198,965	10,198,965	29,714,376
Prise en charge au niveau communautaire				1,874,292		750,688		1,503,259	4,128,240
Acquérir des TDR pour le diagnostic biologique dans la communauté		0.15	678,912	104,026	801,223	122,767	797,876	122,254	349,048
Organiser des sessions de formation de 25 ASC par session dans les DS PECADOM Palu+Diarrhée	Formation prévue en A1 et A2 en 4 jours par session	105	11,952	1,251,969	1,249	130,789	-	-	1,382,757
Organiser des sessions de formation de 25 ASC par session pour les districts ICCM	Formation prévue en A1 et A2 en 5 jours par session	105	553	57,892	1,008	105,594	9,237	967,628	1,131,114
Acquérir de l'ASAQ pour enfant de moins de 1 an (PECADOM,)		0.12	78,335	9,554	92,447	11,275	92,061	11,228	32,056
Acquérir de l'ASAQ pour enfant de 1 à 5 ans (PECADOM,)		0.23	136,337	31,177	160,900	36,794	160,228	36,640	104,610
Acquérir de l'Artémether Luméfantrine enfant de moins d'1 an (PECADOM,)		0.25	78,335	19,704	92,447	23,254	92,061	23,157	66,116
Acquérir de l'Artémether Luméfantrine enfant de 1 à 5 ans (PECADOM,)		0.65	136,337	88,334	160,900	104,248	160,228	103,813	296,395
Acquérir du paracetamol sirop flacon de 60 ml	Detail voir GAS Une dotation prévue en 2015 sera extrait de la planification pour cette année	0.40	416,761	167,955	471,162	189,878	469,194	189,085	546,918
Doter les ASC en kits de dispensation des CTA au niveau communautaire PECADOM/PCIMNEcom	Le kit comprend un thermometre medical et de la compresse imprégnée, voir GAS	1.00	9,392	9,392	11,084	11,037	11,037	11,037	31,466
Organiser les cérémonies d'installation des				93,527	499	15,052		-	108,579

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
ASC (PECADOM/PCIMNEcom) dans les 82 districts		30	3,098						
Acquerir des motos pour les IDE superviseur	Acquerir 1 moto par District pour les 74 DS. 36 déjà acquis sur le R8	831	38	31,572	-	-	-	-	31,572
Assistance technique à la mise en oeuvre de la PECADOM et ICCM	Un assistance technique international par trimestre	650	45	45		-	45	29,270	29,315
	Un assistance technique national par trimestre	122	75	9,146		-	75	9,146	18,293
Urgences et catastrophes				99,227		120,289		99,827	319,344
Appui au plan ORSEC Achat milda		2.33	20,710	48,218	21,248	49,470	21,801	50,758	148,446
ARTESUNATE + AMODIAQUINE 25mg/67,5mg cp <1an		0.12	3,474	424	3,351	3,359	3,242	395	4,178
ARTESUNATE + AMODIAQUINE 50mg/135mg cp 1-5ans		0.23	6,046	1,383	5,833	5,847	5,643	1,290	8,520
ARTESUNATE + AMODIAQUINE 100mg/270mg cp		0.39	5,008	1,947	4,853	4,858	4,694	1,825	8,630
ARTESUNATE + AMODIAQUINE 100mg/270mg cp ad		0.66	6,856	4,547	6,645	6,651	6,426	4,261	15,459
ARTEMETHER+LUMEFANTRINE cp 20/120mg cp < 1 an		0.25	3,474	874	3,351	3,359	3,242	815	5,048
ARTEMETHER+LUMEFANTRINE cp 20/120mg cp 1-5ans		0.65	6,046	3,917	5,833	5,847	5,643	3,656	13,420
ARTEMETHER+LUMEFANTRINE 20/120mg cp 6-14ans		0.61	5,008	3,054	4,853	4,858	4,694	2,862	10,774
ARTEMETHER+LUMEFANTRINE 20/120mg		0.76	6,856	5,182	6,645	6,651	6,426	4,857	16,691
Appui au plan ORSEC Achat TDR		0.15	60,711	9,302	58,796	9,009	56,950	8,726	27,038
Acheminement des stocks d'urgence		1,524.50	1	1,525	1	1,525	1	1,525	4,574
Elaborer un plan d'action d'urgence relatif au paludisme		105	90	9,428	90	9,428	90	9,428	28,283
Elaborer un projet d'appui au plan d'action ORSEC		105	90	9,428	90	9,428	90	9,428	28,283
IEC / CCC				3,684,436		2,688,270		2,688,270	9,060,977
Elaboration de stratégie				11,714		-		-	11,714

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
Elaborer un plan stratégique nationale de communication de lutte contre le paludisme	Recruter un consultant national pour l'élaboration du PSN CCC , honoraire journalier pendant 15 jours	122	15	1,829		-		-	1,829
	Atelier de validation de la stratégie 30 participants. Pendant 3 jours	105	90	9,428		-		-	9,428
	Reproduction et diffusion du PSN en 200 exemplaires	2	200	457		-		-	457
Plaidoyer				620,086		620,086		620,086	1,860,259
Rencontre de plaidoyer auprès des leader politique, administratif, religieux, traditionnel et masse media et journaliste au niveau central	Reunion de 20 personnes d'une journée par structure. 25 structures à visiter.	19	500	9,528	500	9,528	500	9,528	28,584
Rencontre de plaidoyer auprès des leader politique, administratif, religieux, traditionnel et masse media et journaliste au niveau regional	Reunion de 20 personnes d'une journée par region, dans les 20 regions sanitaires.	19	400	7,622	400	7,622	400	7,622	22,867
Rencontre de plaidoyer auprès des leader politique, administratif, religieux, traditionnel et masse media et journaliste au niveau district	Reunion de 20 personnes d'une journée par district, dans les 82 regions sanitaires.	19	1,640	31,252	1,640	31,252	1,640	31,252	93,756
Rencontre de plaidoyer auprès des leader politique, administratif, religieux, traditionnel et masse media et journaliste au niveau communautaire	Reunion de 20 personnes d'une journée par commune, dans les 1500 communes.	19	30,000	571,684	30,000	571,684	30,000	571,684	1,715,051
Sensibilisation en entreprise				61,256		3,811		3,811	68,879
Sensibilisation en entreprise	Former 80 formateurs de paire educateur en une journée	102	80	8,186	-	-	-	-	8,186
	Fomer 500 paires éducateurs en entreprise à raison en 1 journée	102	500	51,164		-		-	51,164
	Sensibilisation trimestrielle par les paires éducateurs après la formation dans 125 entreprises chaque session de 25 participants 2 session de 25 / trimestre	19	100	1,906	200	3,811	200	3,811	9,528
Implication des OBC				1,272,100		813,873		813,873	2,899,846
Supports IEC	Dépliants, Affiches, Spot télé et radio		-	-	-	-	-	-	-

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
Implication des OBC, OBF et des CreMOSS à la sensibilisation: activité de formation: activité de formation	Formation de 25 membres de la coordination des OBC, réseau, OBF, pendant 2 jours	102	50	5,116	-	-	-	-	5,116
	Formation de 164 superviseurs pour le suivi des activités communautaires pendant 2 jours	102	328	33,564	-	-	-	-	33,564
	Former 25 membres des OBC, OBF, ONG, et CREMOSS à la sensibilisation de routine par DS pendant 2 jours	102	4,100	419,546	-	-	-	-	419,546
Implication des OBC, OBF et des CreMOSS à la sensibilisation: activité de routine	2 Causeries de groupe / mois /DS/ relai x 50	3	49,200	150,010	49,200	150,010	49,200	150,010	450,029
	Organiser deux visites à domicile par mois par relai communautaire (x 50) dans chaque District sanitaire	3	98,400	300,020	98,400	300,020	98,400	300,020	900,059
	Organiser une supervision mensuelle des 25 relais communautaires par 2 superviseurs dans chaque DS	3	98,400	300,020	98,400	300,020	98,400	300,020	900,059
	Supervision trimestrielle des coordonateurs OBC, réseau, OBF par les districts sanitaires chargés du suivi des activités de sensibilisation de proximité	60	328	19,614	328	19,614	328	19,614	58,841
	Recherche des perdus de vue, Une moyenne de 14 500 femmes perdues de vue par trimestre de la SP1 à la SP2	0.8	58,000	44,210	58,000	44,210	58,000	44,210	132,631
IECCC				563,738		563,738		563,738	1,691,213
Organisation de la cérémonie officielle de la journée mondiale de lutte contre le paludisme	Elle prend en compte les mission préparatoire la couverture mediatique, le transport, et le cocktail des participants	6,074	1	6,074	1	6,074	1	6,074	18,221
Organiser 1 campagne de sensibilisations en Milieu scolaire chaque année	Elle prend l'orientation des enseignants ,les phases éliminatoires, lot, , jeu petit à petit,	45,655	1	45,655	1	45,655	1	45,655	136,966
Atelier d'harmonisation des messages et adaptation au support de communication	Recrutement d'un consultant national pour 10 jour	122	10	1,220	10	1,220	10	1,220	3,659
	Atelier de 25 pers pendant 3 jours;	105	75	7,856	75	7,856	75	7,856	23,569

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
Réaliser un Pre test des supports de communication	Pretest dans 5 district 2 pers / ds pendant 2 jours	88	20	1,757	20	1,757	20	1,757	5,270
Contractualiser avec un cabinet de communication pour la conception, reproduction des supports de communication	50 000 dépliants, 50 000 affiches PEC, 50 000 affiche MILDA, 50 000 affiche TPI	72,413	1	72,413	1	72,413	1	72,413	217,240
	12 500 boîte à image	34	12,500	428,763	12,500	428,763	12,500	428,763	1,286,289
Mass média				267,547		267,547		267,547	802,640
Conception de spot radio et télé	Conception d'un spot radio et télé par an	12,196	1	12,196	1	12,196	1	12,196	36,588
Diffusion de spot TV pour la promotion des activités de lutte contre le paludisme	4 diffusions par mois et en 4 langues soit 48 diffusions par trimestre cout RTI	610	192	117,081	192	117,081	192	117,081	351,243
Bande déroulante à la TV pour la promotion des activités de lutte contre le paludisme	8 bandes déroulantes par mois soit 24 par trimestre cout RTI	198	96	19,026	96	19,026	96	19,026	57,077
Diffusion du spot à la Radio Nationale pour la promotion des activités de lutte contre le paludisme	2 contrats de 20 diffusions par mois en 4 langues soit 24 contrats de diffusions par trimestre	1,220	96	117,081	96	117,081	96	117,081	351,243
Dupliquer 10000 CD des Spots télé et Radio pour les radios de proximité		2	1,000	1,524	1,000	1,524	1,000	1,524	4,573
Animer le site Web du PNL		639	1	639	1	639	1	639	1,917
sensibilisation de masse et mobilisation sociale				887,996		419,215		419,215	1,726,426
Semaine de sensibilisation par district	Forfait de 1524,5 Euros par district pour une animation sur le paludisme dans les écoles et quartiers	1,524	82	125,008	82	125,008	82	125,008	375,025
Mise en place et fonctionnement d'un comité multisectoriel de lutte contre le paludisme par district sanitaire	Réunion mensuelle de 25 personnes / DS	19	24,600	468,781		-		-	468,781
	Supervision trimestrielle de membre du comité de 5 personne pendant 3 jours	60	4,920	294,207	4,920	294,207	4,920	294,207	882,620
Renforcement communautaire				3,053,903		2,168,347		2,166,749	7,389,000
Partenariat				351,558		351,558		351,558	1,054,673
Organiser un atelier semestriel d'orientation des responsables des radios de proximité et des médias d'Etat	82 radios de proximité, 1 représentant /radio pendant 3 jours	105	492	51,538	492	51,538	492	51,538	154,614

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
Contractualiser avec les 82 radios de proximité	Forfait mensuel de 152,45 Euro/mois /radio	152	984	150,010	984	150,010	984	150,010	450,029
Signer une convention de partenariat avec les Groupements de femmes dans les districts	Forfait mensuel de 76,224 Euro/mois / groupement de femme à raison 1 gpmt/ DS	76	984	75,005	984	75,005	984	75,005	225,015
Signer une convention de partenariat avec l'association des chefs traditionnels	Forfait mensuel de 76,224 Euro/mois / chefferie à raison 1 chef/ DS	76	984	75,005	984	75,005	984	75,005	225,015
Plaidoyer pour la responsabilité sociale				32,195		32,195		32,195	96,584
Organiser des réunions de plaidoyer auprès des autorités politiques, administratives et religieuses, coutumier, communautaire	Atelier de 30 personnes pendant 1 jr	19	700	13,339	700	13,339	700	13,339	40,018
Organiser une réunion semestrielle de coordination des activités à base communautaires	Atelier de 30 personnes pendant 3 jr	105	180	18,855	180	18,855	180	18,855	56,566
Renforcement des capacités et fidélisation des ASC				1,171,836		382,721		381,122	1,935,679
Formation à la sensibilisation	Session de 2 jours pour les 50 ASC par DS	102	8,200	839,093	-	-	-	-	839,093
Equiper des ASC dans 82 Districts (PECADOM/PCIMNEcom) (sac, chasuble, casquette, bage)	(sac, chasuble, casquette, bage)	22.11	3,098	72,947	3,612	79,848	3,597	79,515	232,310
Doter les ASC en vélos:	Acquerir des vélos avec roue arrière renforcée pour 3098 ASC (An1) 3612 (An2) 3597 (An3)	83.85	3,098	259,797	3,612	302,873	3,597	301,608	864,277
Frais de gestion et de fonctionnement des PR et SR				1,498,315		1,401,874		1,401,874	4,302,063
Appui logistic	Kit mobilier de bureau et équipement informatique, motos	10,440.3	12	125,284	12	125,284	12	125,284	375,852
Appui en ressources humaines	Prise en charge de l'équipe de projet le coût moyen est d'environ 45 425 EUR pour les 10 SRs ONG	45,425.0	12	545,100	12	545,100	12	545,100	1,635,300
Frais de fonctionnement	Loyers, maintenance, Carburant mission et admin, communication, fourniture de bureau représente 8% des activités communautaire/ONG, En moyenne EUR 23 906,5 par mois	18,293.4	12	219,521	12	219,521	12	219,521	658,563

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
Appui aux sous SR Peadom	Appui aux sous SR Peadom	4.0	152,103	608,410	127,992	511,969	127,992	511,969	1,632,349
SUIVI EVALUATION & SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE				2,586,375		1,849,989		1,848,365	6,284,729
SURVEILLANCE DE ROUTINE				138,081		133,367		133,367	404,815
Organiser des rencontres trimestrielles de validation des données au niveau des 20 régions sanitaires	Rencontre des gestionnaires de données des districts au niveau du chef lieu de région. Coût 1667,09 euro/région	1,667	80	133,367	80	133,367	80	133,367	400,102
Former 15 personnes de la DC-PLNP à l'utilisation du logiciel DHIS 2	Atelier de 15 personnes en 3 jours	105	45	4,714		-		-	4,714
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE				67,383		40,609		40,609	148,601
Equiper les 12 sites sentinelles de surveillance du paludisme en kits informatiques	(3 kits informatiques (ordiateur et 3 smartphone par site)	1,038.44	36	37,384	-	-		-	37,384
Organiser une rencontre trimestrielle avec les personnes impliquées dans la surveillance des sites sentinelles	3 personnes par sites soit 36 personnes. Rencontre trimestrielles de 2 jours	105	216	22,626	288	30,169	288	30,169	82,964
Supervision des sites par les responsables des sites au niveau du district	Supervision des 3 sites de chaque district par le responsable de site dans les 12 districts. 1 jour par site.	60	108	6,458	144	8,611	144	8,611	23,680
Elaborer 200 bulletins trimestriels de surveillance épidémiologique		2	400	915	800	1,829	800	1,829	4,573
Communication régulière de l'information				352,146		303,872		303,872	959,891
Apporter un appui à la reproduction des outils de collecte du SIG pour l'ensemble des centres de santé	Le budget total des outils SIG pour l'ensemble des CS en 2012 est de 532750,8 euro. L'appui est 25% annuellement	133,188	1	133,188	1	133,188	1	133,188	399,563
Reproduire les outils de collecte du SNIS pour les structures privées lucratives et non lucratives (confessionnelles et d'entreprises)	400 registres de CSC, PEV, registres de laboratoire et de pharmacie, de 9600 rapports A1 et la reproduction de 20000 fiches de pharmacovigilance .	17,617	1	17,617	1	17,617	1	17,617	52,851
Organiser 4 ateliers pour la révision, l'harmonisation et la validation des indicateurs nationaux du secteur communautaire, privé et publique	atelier de 30 personnes en 3 jours	105	360	37,711	-	-	-	-	37,711

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
Organiser un atelier de révision du manuel national de gestion des données	atelier de 30 personnes en 3 jours	105	90	9,428	-	-	-	-	9,428
Reproduire le manuel national de gestion des données révisé	200 exemplaires à 5,68 euros l'unité	6	200	1,136	-	-	-	-	1,136
Frais de connexion des 20 régions sanitaires		46	240	10,976	240	10,976	240	10,976	32,929
Organiser des supervisions semestrielles et de suivi des activités par le niveau central (DIPE-PNLP)	2personnes pendant 3 jours par région sanitaires dans les 20 régions.	860	40	34,391	40	34,391	40	34,391	103,173
Organiser des missions de contrôle qualité des données avec la DIPE à l'aide de l'outil RDQA	2personnes pendant 3 jours par région sanitaires dans les 20 régions.	1,346	40	53,850	40	53,850	40	53,850	161,551
Réaliser des audits externe de performance des interventions (OSDV)	2personnes pendant 3 jours par région sanitaires dans les 20 régions.	1,346	40	53,850	40	53,850	40	53,850	161,551
Enquête				877,181		165,248		165,248	1,207,677
Réaliser une Enquête sur les Indicateurs du Paludisme	Enquête EIP	618,025	1	618,025	-	-		-	618,025
	assistance technique internationale de 30 jours pour 2 consultants à 650 euros/pers/jr et assistance technique nationale de 30 jours pour 2 personnes à 122 euros/pers/jours	772	120	92,688	-	-		-	92,688
Réaliser une Enquête de service sur la prise en charge du paludisme		43,969	1	43,969	1	43,969	1	43,969	131,906
Réaliser une Enquête Connaissance Aptitude et Pratique		43,969	1	43,969	1	43,969	1	43,969	131,906
Evaluer des données liées aux secteurs privés	Activité similaire à une enquête de service du secteur privé	43,969	1	43,969	1	43,969	1	43,969	131,906
Mettre en place d'un système de recueil de donnée de mortalité dans les hopitaux	Recruter un consultant national pendant 10 jours por decrire le mécanisme	122	10	1,220	-	-	-	-	1,220
	Organiser les rencontres avec les représentant des 82 hopitaux de reference	1,667	20	33,342	20	33,342	20	33,342	100,025
Supervision et réunion				675,791		731,100		729,476	2,136,367
Organiser une réunion semestrielle de coordination des activités de lutte contre le	Revue semestrielle de 40 personnes en 3 jours en 3 sessions	105	900	94,277	900	94,277	900	94,277	282,831

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
Paludisme (TASK FORCE)									
Organiser des réunions régionales semestrielles de coordination des activités de lutte contre le Paludisme	Forfait perdiem et transport de 12 personnes en 1 journée dans les 20 régions	5,860	2	11,720	2	11,720	2	11,720	35,161
Organiser des réunions départementales semestrielles de validation des données de lutte contre le Paludisme	Forfait perdiem et transport de 25 personnes en 1 journée dans les 82 DDS	15	4,100	62,504	4,100	62,504	4,100	62,504	187,512
Supervision semestrielle des DR par les acteurs du niveau central	2 personnes par région dans les 20 régions sanitaires	13,024	2	26,049	2	26,049	2	26,049	78,147
Organiser une supervision trimestrielle avec les techniciens labo	supervision semestrielle pendant 3 jours dans chaque region sanitaire	859.77	40	34,391	40	34,391	40	34,391	103,173
Supervision semestrielle des DD par les ERS	2 personnes de l'ERS en 4 jours par région sanitaire dans les 20 régions sanitaires	12,108	2.00	24,216	2.00	24,216	2.00	24,216	72,648
Supervision semestrielle des prestataires par les ECD	2 personnes en 7 jours par district	23	2,296	52,503	2,296	52,503	2,296	52,503	157,510
Réunion semestrielle d'information des prestataires privés sur les stratégies de lutte contre le paludisme	200 prestataires en 1 journée	19	400	7,622	400	7,622	400	7,622	22,867
Elaborer et diffuser le rapport annuel sur le paludisme	500 exemplaires à raison de 5,68 euro l'unité	6	500	2,839	500	2,839	500	2,839	8,518
Doter les ASC en outils de gestion de données	Il s'agit de registre CSC, ordinogramme et rapport d'activité, besoin estimé pour un DS	16	3,098	50,164	3,612	58,482	3,597	58,238	166,884
Organiser les supervisions mensuelles des ASC (Dotation en forfait carburant pour l'infirmier superviseur)	Forfait de 5000 FCFA carburant pour un infirmier qui supervise 1 ASC.	8	37,182	283,414	43,346	330,406	43,165	329,026	942,847
Reproduire les outils de gestion des MILDA	Reproduire 82 cahiers de district 1600 cahiers de CS, 1600 cahiers de PEV et 1600 cahiers CPN à 2,7 euro l'unité et 3200 borderau de livraison	26,089	1	26,089	1	26,089	1	26,089	78,268
Réunion et supervision_ secteur privé				161,259		161,259		161,259	483,776
Appui à la coordination des intervention de lutte contre le paludisme dans le secteur privé	Appui à la coordination des intervention de lutte contre le paludisme	1,524	4	6,098	4	6,098	4	6,098	18,294
Appui à la supervision des cliniques privées	4 pers/jr en 30 jours dans les 160 cliniques privées (ACPCI et CECI)	88	240	21,078	240	21,078	240	21,078	63,234

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
Appui aux réunions trimestrielles pour la collecte des données	Réunion de 2 jours regroupant 160 personnes en session	105	1280	134,083	1280	134,083	1280	134,083	402,248
Recherche opérationnelle				263,742		263,742		263,742	791,227
Surveillance entomologique				130,909		130,909		130,909	392,728
Réaliser une Etude sur l'efficacité résiduelle des MILDA	Cette étude vise à apprécier l'évolution de la sensibilité des moustiques aux insecticides sur les MILDA encours d'utilisation	22,790	1	22,790	1	22,790	1	22,790	68,369
Réaliser une évaluation de la transmission vectorielle	Cette étude vise à apprécier l'évolution des caractéristiques de l'espèce de moustique dominante, la densité des vecteurs et le comportement de piqûre	64,348	1	64,348	1	64,348	1	64,348	193,045
Réaliser une étude sur la résistance aux insecticides	Cette étude vise à apprécier l'évolution de la sensibilité des moustiques aux insecticides	22,479	1	22,479	1	22,479	1	22,479	67,438
Mettre à jour la cartographie du risque palu en Côte d'Ivoire	Elle permet de faire une stratification des interventions à partir des résultats	21,292	1	21,292	1	21,292	1	21,292	63,876
Surveillance de l'efficacité thérapeutique				132,833		132,833		132,833	398,499
Réaliser une Etude sur l'efficacité et la tolérance des CTA dans 12 sites sentinelles		81,207.62	1	81,208	1	81,208	1	81,208	243,623
Réaliser une étude sur les conditions d'utilisation, l'efficacité et la tolérance de la SP		40,811.82	1	40,812	1	40,812	1	40,812	122,435
Assistance technique internationale	Elaboration de document en rapport avec la surveillance de l'efficacité des antipaludiques avec l'appui de 2 consultants pendant 7 jours	650.45	14	9,106	14	9,106	14	9,106	27,319
Assistance technique nationale	Elaboration de document en rapport avec la surveillance de l'efficacité des antipaludiques avec l'appui de 2 consultants pendant 7 jours	122	14	1,707	14	1,707	14	1,707	5,122
DOCUMENTATION DES BONNES PRATIQUES				50,791		50,791		50,791	152,374
Developper un cadre d'échange avec les	réunion trimestrielle de 25 personnes en			5,717	300	5,717	300		17,151

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
structures de recherche	3 jours à raison de 19,06 euros/pers/jr	19	300					5,717	
Organiser un Colloque scientifique sur le paludisme		16,952	1	16,952	1	16,952	1	16,952	50,857
Voyage d'étude sur la PECADOM	2 personne pendant 3 semaines ds un pays expérimenté dans la PECADOM	12,409	1	12,409	1	12,409	1	12,409	37,228
Rencontre pour l'élaboration des documents sur les bonnes pratiques	réunion trimestrielle de 25 personnes en 3 jours	105	150	15,713	150	15,713	150	15,713	47,138
Renforcement des capacités				910,962		327,768		327,768	1,566,499
Appui à la stratégie du PBF				250,016		250,016		250,016	750,049
Contractualisation des résultats avec les acteurs du secteur public: appui à la mise en œuvre du PBF	Un forfait est remis au districts ayant atteint 100% des indicateurs contractuels (donnée de morbidité, de consommation, supervision)	762	328	250,016	328	250,016	328	250,016	750,049
Appui à la mise en œuvre du plan trienal de la DIPE				546,377		-		-	546,377
DHI2 et Secteur privé				232,210		-		-	232,210
Organiser 04 ateliers de configuration de DHIS 2 pour la saisie des rapports d'activité des secteurs Entreprise, Armée, Privé et EPN	Se referer au budget du plan trienal de la DIPE	13,659	4	54,638		-		-	54,638
Organiser 04 ateliers de formation des acteurs de la phase pilote des secteurs Entreprise, Armée, Privé et EPN	Se referer au budget du plan trienal de la DIPE	13,659	4	54,638		-		-	54,638
Organiser 04 ateliers de formation des formateurs des secteurs Entreprise, Armée, Privé et EPN	Se referer au budget du plan trienal de la DIPE	13,659	4	54,638		-		-	54,638
Organiser 04 ateliers de formation des acteurs des secteurs Entreprise, Armée, Privé et EPN	Se referer au budget du plan trienal de la DIPE	13,659	4	54,638		-		-	54,638
Organiser 01 atelier de validation des indicateurs du niveau tertiaire	Se referer au budget du plan trienal de la DIPE	13,659	1	13,659		-		-	13,659
DHI2 et supervision intégrée				314,167		-		-	314,167
Organiser un atelier de 5 jours de 34 personnes hors Abidjan pour l'élaboration des descriptifs de postes essentiels au S&E à tous les niveaux sur la base des 12 composantes	Se referer au budget du plan trienal de la DIPE	13,659	1	13,659		-		-	13,659

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
Organiser 1 Atelier d'initiation des acteurs de la DIPE, PNL, le PNPEC et D'autres services centraux à la méthodologie de supervision intégrée sur le SIG, le Paludisme et le VIH/Sida	Se referer au budget du plan trienal de la DIPE	13,659	1	13,659		-		-	13,659
Organiser 4 ateliers de formation des Directeurs régionaux et Départementaux de la santé à la méthodologie de supervision intégrée sur le SIG, le Paludisme et le VIH/Sida	Se referer au budget du plan trienal de la DIPE	13,659	4	54,638		-		-	54,638
Organiser 15 ateliers de formation des Equipes Cadre de district sanitaires à la méthodologie de supervision intégrée sur le SIG, le Paludisme et le VIH/Sida	Se referer au budget du plan trienal de la DIPE	13,659	15	204,891		-		-	204,891
Organiser 2 ateliers de formation des Equipes Cadre de district sanitaires à la méthodologie de supervision intégrée sur le SIG, le Paludisme et le VIH/Sida	Se referer au budget du plan trienal de la DIPE	13,659	2	27,319					27,319
Pharmacovigilance				114,569		77,752		77,752	270,073
Doter la DPM d'une ligne verte comme centre d'écoute	abonnement annuel pour accès à la base de données VIGIFLOW de l'OMS sur les effets indésirables	2,400	1	2,400	1	2,400	1	2,400	7,200
Acquérir un véhicule de type 4x4 pour assurer la mobilité de la DPM,		36,816	1	36,816	-	-	-	-	36,816
Coaching trimestriel des points focaux de pharmacovigilance	Supervision trimestrielle de 3 jours par région avec 2 personnes dans les 20 régions sanitaires	10,655	2	21,309	2	21,309	2	21,309	63,928
Organiser des réunions trimestrielles de coordination des activités de pharmacovigilance des antipaludiques	Réunion de 25 personnes en 3 jours à raison de 19,06 euros/pers/jr	19	300	5,717	300	5,717	300	5,717	17,151
Equiper la DPM en outils et documents de gestion des effets indésirables des médicaments		2,679	1	2,679	1	2,679	1	2,679	8,037
Former 7 personnes aux cours international en pharmacovigilance par an		1,757	7	12,301	7	12,301	7	12,301	36,904
Elaborer et reproduire un rapport trimestriel de notification des effets indésirables	Atelier de 25 personnes en 3 jours	105	300	31,426	300	31,426	300	31,426	94,277

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
	Reproduction et diffusion du rapport en 200 exemplaires à raison de 2,4 euros l'unité	2,40	800	1,920	800	1,920	800	1,920	5,760
GESTION DE PROGRAMME				5,260,210.52		4,823,552.17		12,039,311.16	22,123,073.85
Politique, planification, (coordination et gestion)				675,665		675,665		741,645	2,092,974
Elaborer un plan de renforcement des ressources humaines impliquées dans la lutte	Rencontre de 3 jours de 25 personnes à raison de 19,06 euro/pers/jour avec un appui technique national	19	75	1,429	75	1,429	75	1,429	4,288
Mettre en œuvre le plan de renforcement des RH	Formation des membres de la coordination à l'étranger	76,027	1	76,027	1	76,027	1	76,027	228,081
	Formation courte durée à Abidjan (CAMPC et grandes écoles)	21,465	1	21,465	1	21,465	1	21,465	64,394
	Formation en gestion des données et suivi évaluation des acteurs des régions et districts	15,245	1	15,245	1	15,245	1	15,245	45,735
Assistance technique internationale	2 consultants pour 15 jours par trimestre à raison de 650 euro/pers/jours pour l'élaboration des documents et la mise en œuvre des activités	650	120	78,054	120	78,054	120	78,054	234,162
Assistance technique nationale	2 consultants pour 15 jours par trimestre à raison de 122 euro/pers/jours pour l'élaboration des documents et la mise en œuvre des activités	122	120	14,634	120	14,634	120	14,634	43,902
Participer aux conférences internationales, ateliers et échanges d'expériences	Estimation pour 2 personnes per diem et hébergement pendant 7 jours, droit de participation, billet d'avion	7,470	8	59,760	8	59,760	8	59,760	179,280
Rémunération Ressources humaines recrutées pour la gestion financière	RAF, Auditeur interne, Expert passation marché, Comptables junior, Comptable sénior, Assistante de direction, 4 chauffeurs	21,993	12	263,919	12	263,919	15	329,899	857,738
Assurance pour le personnel recruté		10,671	1	10,671	1	10,671	1	10,671	32,014
Prime du personnel de la coordination		11,205	12	134,460	12	134,460	12	134,460	403,380
Fonctionnement du Programme				695,842		233,501			1,162,843

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
								233,501	
Acquérir 9 véhicules de type 4*4		36,816	9	331,348	-	-	-	-	331,348
Acquérir un véhicule de liaison		17,380	1	17,380	-	-	-	-	17,380
Acquérir des matériels informatiques et mobilier et autre équipement pour la direction de coordination	Acquérir des matériels informatiques et mobilier et autre équipement pour la direction de coordination	37,389	1	37,389	-	-	-	-	37,389
Assurer les frais d'entretien et de réparation des véhicules	Entretien et réparation de 10+ 9 véhicules chaque 2 mois,	1,469	46	67,584	46	67,584	46	67,584	202,752
Acquérir une assurance pour tous les véhicules du PNLP	Assurance de 10 anciens véhicules et 9 nouveaux	1,197	19	22,746	19	22,746	19	22,746	68,239
Acquérir un système de géolocalisation pour tous les véhicules du PNLP		732	19	13,903	19	13,903	19	13,903	41,710
Acquérir une assurance pour le siège et les équipement du PNLP		1,982	1	1,982	1	1,982	1	1,982	5,946
Assurer les frais de fonctionnement du PNLP	Frais de gardiennage, entretien du siège, fourniture de bureau et consommable, connexion internet, Frais de communication, loyer du siège, électricité, eau par mois	7,954	12	95,442	12	95,442	12	95,442	286,327
Assurer les frais de carburant pour la direction de coordination	Une consommation mensuelle par véhicule de 139,66	140	228	31,843	228	31,843	228	31,843	95,528
Réhabiliter un siège administratif non locatif pour le PNLP		76,225	1	76,225	-	-	-	-	76,225
Documents du Programme				35,964		19,707		102,814	158,485
Atelier semestriel de consolidation et de suivi des PAO avec les partenaires	rencontre de 25 personnes en 3 jours	19	150	2,858	150	2,858	150	2,858	8,575
Reproduire chaque année le PAO et le diffuser aux acteurs	200 exemplaires à raison de 5,68 euros l'unité	6	200	1,136	200	1,136	200	1,136	3,407
Revue du Plan Stratégique	Atelier de 50 personnes en 3 jrs Revue annuelle	105	150	15,713	150	15,713	150	15,713	47,138
Elaboration du Plan Stratégique 2018-2020	2 ateliers de 30 personnes en 5 jours	105	-	-	0	-	300	31,426	31,426
Organiser un atelier pour l'élaboration du plan de suivi -évaluation du plan stratégique 2018-2020	1 atelier de 30 personnes en 5 jours	105	-	-	-	-	150	15,713	15,713

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
Révision de la Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme	Atelier de 30 personnes en 3 jrs à raison	105	-	-	-	-	150	15,713	15,713
Revision des directives de prise en charge	Atelier de 30 personnes en 3 jrs	105	-	-	-	-	150	15,713	15,713
Diffuser les documents normatifs à tous les niveaux	200 exemplaires par document (PSN, PSE, Document de politique, Directives), à raison de 5,68 euros l'unité	6	800	4,543	-	-	800	4,543	9,086
Elaborer un plan stratégique nationale de communication de lutte contre le paludisme	Recruter un consultant national pour l'élaboration du PSN CCC , honoraire journalier pendant 15 jours	122	15	1,829	-	-	-	-	1,829
	Atelier de validation de la stratégie 30 participants. Pendant 3 jours	105	90	9,428	-	-	-	-	9,428
	Reproduction et diffusion du PSN en 200 exemplaires	2	200	457	-	-	-	-	457
COORDINATION DU PARTENARIAT				89,117	-	89,117	-	89,117	267,350
Organiser un atelier de révision du document de plaidoyer	Atelier de 30 personnes pendant 3 jr	135	90	12,130	90	12,130	90	12,130	36,389
Organiser des réunions de plaidoyer auprès du MENET pour l'intégration du paludisme dans les curricula de formation .	Atelier de 30 personnes pendant 1 jr	19	120	2,287	120	2,287	120	2,287	6,860
Organiser une table ronde des bailleurs pour la mobilisation des ressources	Atelier de 30 personnes pendant 1 jr	19	30	572	30	572	30	572	1,715
Organiser des réunions annuelles avec tous les partenaires	Atelier de 30 personnes pendant 1 jr	19	30	572	30	572	30	572	1,715
Organiser des réunions semestrielles PNLN et autres Programmes de santé	Atelier de 30 personnes pendant 1 jr	19	60	1,143	60	1,143	60	1,143	3,430
Appui au fonctionnement du Groupe Scientifique d'Appui au PNLN	Réunion trimestrielle de 30 personnes pendant 1 jr.	19	120	2,287	120	2,287	120	2,287	6,860
	Indemnités de 50000FCFA / pers/ trimestre pour les 20 membre du GSA.des membres	76	80	6,098	80	6,098	80	6,098	18,294
Indemnités pour l'élaboration des documents de mobilisation de ressources du PNLN	Indemnités de 50000FCFA/pers/jr pendant 2 semaines pour 20 membres. 2 fois dans l'année	76	840	64,029	840	64,029	840	64,029	192,086
Gestion de subvention				119,773		91,470		91,470	302,713
Mission d'inventaire des équipements	Mission annuelle	7,232	1	7,232	1	7,232	1	7,232	21,696
Mission de la gestion financière	Mission trimestrielle			32,504	4	32,504	4		97,512

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
		8,126	4					32,504	
Audit annuel	Mission annuelle	30,490	1	30,490	1	30,490	1	30,490	91,469
Organiser des ateliers de révision et de validation du manuel de procédure de gestion du programme	Atelier de 25 personnes pendant 3 jours	19	70	1,334	70	1,334	70	1,334	4,002
Coaching des acteurs du niveau opérationnel aux procédures de gestion financière	Atelier avec les gestionnaires des district et region (82+20) personnes pendant 2 jours	135	210	28,303		-		-	28,303
Mise en œuvre du plan d'audit interne	Mise en œuvre du plan d'audit interne	1,659	12	19,910	12	19,910	12	19,910	59,731
Appui aux systèmes de gestion des achats et de l'approvisionnement				3,643,850		3,714,093		10,780,765	18,138,708
FRAIS GAS EN RAPPORT AVEC LES ACHATS				3,236,055		3,432,169		10,498,841	17,167,065
Services GAS NPSP	Frais liés aux achats médicaux et pdt pharmaceutiques 3%, stockage 2,5%, distribution et dédouanement 1,25%	1.00	898,509	898,509	993,335	993,335	1,021,167	1,021,167	2,913,011
Services GAS Partenaire 1	Achat médicaments et produits médicaux 3%, transport inter + assurance 12%, achat CTA 6,5%, achat TDR 6%	1.00	1,374,845	1,374,845	1,378,029	1,378,029	8,022,837	8,022,837	10,775,711
Services GAS Partenaire 2	Achat médicaments et produits médicaux frêt 15%, frais du transitaire 0,25% + frais de gestion 5%	1.00	496,075	496,075	536,954	536,954	566,002	566,002	1,599,031
Services GAS LNSP	Contrôle qualité 1%	1.00	466,626	466,626	523,851	523,851	888,835	888,835	1,879,312
Activités de renforcement du GAS				407,795		281,924		281,924	971,643
Organiser des ateliers semestriels de quantification des besoins	Atelier de 30 pers pendant 3 jrs	105	180	18,855	180	18,855	180	18,855	56,566
Supervision semestrielle des gestionnaires de médicaments et autres intrants	2 person 3 jour/ region dans les 20 regions	72.70	240	17,448	240	17,448	240	17,448	52,343
Organiser des réunions trimestrielles de validation des données de consommation	Réunion avec 20 régions pendant 3 jours à raison de 1667,1 euro/region	1,667.09	80.00	133,368	80.00	133,368	80.00	133,368	400,103
Developper un SIGL Paludisme et le rendre fonctionnel	Recruter un consultant national pour la mise en place du SIGL pendant 10 jrs (élaboration de manuel de procédures, formateur, et du participant)	121.95	10	1,220		-		-	1,220

Libellé	Hypothèse	CU	Quantité année1	Total année 1	Quantité année2	Total année 2	Quantité année 3	Total année 3	Total général
	Formation de 20 formateurs nationaux en 5 jours	104.75	100	10,475		-		-	10,475
	Acquerir un logiciel	27,440.82	1	27,441		-		-	27,441
	Renforcer les capacités de 3 gestionnaires / districts dans 82 districts y compris les pharmaciens régionaux, en 3 jours	104.75	738	77,307		-		-	77,307
Reproduire les outils de gestion des médicaments	1600 cahier de suivi CTA, 1 000 000 ordonnance facture, 164 registre de labo et pharmacie, 80 000 fiche de pharmacovigilance	106,925.30	1	106,925	1	106,925	1	106,925	320,776
Elaborer un document de procédures de distribution des dons dans le cadre du paludisme	Réunion avec 30 personnes pendant 3 jours	104.75	90	9,428		-		-	9,428
Entretien le magasin central pour le stockage des MILDA	Entretien mensuel des transpalettes, des transgerbeurs .	244	12	2,927	12	2,927	12	2,927	8,781
Frais pour l'élaboration des documents liés au dédouanement et la reception des médicaments et intrants	15,24 euros/personnes/jr pour 5 personnes pdt 5jrs tous les 2 mois	15.24	150	2,287	150	2,287	150	2,287	6,860
	1 livraison à 7,65 euros. 15 livraisons en moyenne dans l'année	7.62	15	114	15	114	15	114	343



LISTE DE PRESENCE

LISTE DES PARTICIPANTS DE L'ATELIER DE REVISION ET DE VALIDATION DU PLAN STRATEGIQUE 2012-2015 DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN CÔTE D'IVOIRE

Date : 31MARS AU 4 AVRIL 2014

N°	NOM & PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	EMAIL
1	TANOI MEA ANTOINE	Directeur Coordonnateur	PNLP	tanomeaantoine@yahoo.fr
2	SILUE MAMADOU	S/Directeur	PNLP	siluemamadou@yahoo.fr
3	BLE HERVE	CE	MSLS/SJ	herveble@live.fr
4	AGUI ZADI GUI CELESTIN	Vice- Président comité paludisme	CCM-CI	azadiguicel@yahoo.fr
5	KPATA N'CHO JEROME	Sociologue	UFHB	kpattajerome@gmail.com
6	YOUNG Eugénie	Chargée de S/E	DC PEV	ginayoung@yahoo.fr

7	KONAN Gervais	Médecin SP	DIPE/SDOS	nokanj@ yahoo.fr
8	YEO ALI Adama	Chargé d'Etudes C.E	MEMPD/DGPLP/ DPIP	yeotali@ yahoo.fr
9	KOUADIO Yao alexis	Chargé Formation	DC PNSR-PF	kouadioyaoalexis@yah oo.fr
10	AIMAIN Alexis Serge	Médecin	PNLP	Sergealex2013@gmail. com
11	KOFFI Jean Paul	Comptable	PNLP	kauphyj@ yahoo.fr
12	KOFFI KOFFI	Assistant SAF	PNLP	koffisebastien2yahoo.f r
13	KRA Gérard landry	sociologue	CRD	kra2gerard@ yahoo.fr
14	KAMAGATE ELHADJI DIEOUA ALI	Journaliste	URPCI	secretariat.upci@gmai l.com
15	DIOMANDE N'GOUDO	Médecin	Croix rouge	ngondo_diomande@ya hoo.fr
16	ADJA A. FRANCHISE	Coordonnatrice Programme Santé Environnementale	FEMAD	ongfemad@ yahoo.fr
17	ZA BI TRA ALBERT	CE/COM	PNLP	zabitraalbert@ yahoo.f r
18	AMA NURATU KARIM Epse KOFFI	Chargé Programme Soins et Soutien	ARSIP	koffinoura@hotmail.fr
19	BLEU BOMIN MARIE THERESE	MEDECIN Communicateur	PNLP	elogracebleu@ yahoo.f r

20	YVONNE AUGOU	S/E MENET/DMOSS	S/E MENET/DMOSS	yaugou@yahoo.com
21	ABDERRA HAMANE KHARCHI	Médecin	OMS/Burkina faso	kharchia@who.int
22	ABA YAPO THOMAS	Enseignant Chercheur (GAP)	UFR SMA SMIT	chefaba@yahoo.fr
23	KADJO FLORENCE	Médecin	PNLP	judyflo5@yahoo.fr
24	YAPI YEPIE ARMANDE	Médecin	PNLP	yyeaj@yahoo.fr
25	KOFFI PAUL AGENOR	Directeur Exécutif	CECI	paulagenor@yahoo.fr
26	YAPI Dorothée	Assistante	CCM-CI	infos@ccm.ci/ apodothy@yahoo.fr
27	KAH Mlei Théodore	2 ^{ème} Vice président	CCM-CI	kahmtheod@hotmail.com
28	BINI KOBENA KRA	S/DIRECTEUR	DIPE/MSLS	gbyni@yahoo.fr
29	KOKRASSET Yah Colette	CE/Prévention	PNLP	coletteyah@yahoo.fr
30	BAHIBO HANS ISAAC	Médecin	PNLP	hbahibo1972@gmail.com
31	PEPIN MIYIGBENA	Heath adviser	PMI/MSH/PNLP	pmijigbena@moh.org
32	TRAORE MAMADI	Assistant	PNSI/SE	traoremamadi@hotmail.com

33	KLA Christian	Expert	CCM-CI	christian_kla@yahoo.fr
34	VLEHI N'ZI ANNICK	MEDECIN	PNLP	annickeloi@yahoo.fr
35	SORO AMADOU	S/E	CARE	amadousoro@civ.care.org
36	COULIBALY Adama	Point Focal Palu/OMS	OMS	coulibalya@who.int
37	KHARCHI A		OMS / Burkina Faso	
38	Amadou M'BAYE	Consultant	RBM	ambaye@gmail.com
39	OURAGA LOBA M.P	Directeur Coordonnateur	PNSSU	ouragapaula@yahoo.fr
40	ALOU AYABA	Directeur R8	CARE	Aliou.ayaba@civ.care.org
41	KONE NAZEHE D.	S/E	ROLPCI	konenazehe@yahoo.fr
42	Rév. Père GUSTAVE ADOU	PCA	ARSIP	ettykadjo@yahoo.fr
43	KOUASSI Brigitte	SAF	PNLP	kouassibrigitte@mail.com
44	ONANE Ervé	Médecin	DSCMP	Onanon2@yahoo.fr
45	KOUAME Eric	Pharmacien	DPM	Kouame.komenan@dpm.ci

46	MONNE CHARLOTTE DANIELLE	Coordonnatrice financière	PNLP	mocdanielle@yahoo.fr
47	BLE HERVE	Chargé d'Etudes	MSLS	herveble@live.fr
48	AHOLOUKPE BRUNO	SPECIALISTE SANTE	UNICEF	baholoukpe@unicef.org
49	GUESSAN BI GOUZAN BERNARD	MEDECIN	UNICEF	bguessan@unicef.org
50	KONE BOGNAN	ASSISTANT PROGRAMME	CECI	k_bognan@yahoo.fr
51	Pr BISSAGNENE EMMANUEL	ENSEIGNANT CHERCHEUR (GSA)	UFR SMA SMIT	bissagnene@yahoo.fr
52	KAKOU MARINA	C E	MEMPD DGPLP/DPIP	kakoumarina@yahoo.fr
53	Dr BROALET VICTOIRE T.D.	PHARMACIEN	PNLP	vibroaletnouvelle@yahoo.fr
54	OULAI ANNICK	CHEF DE SERVICE	DEPG/MSFFE	oulaiannick@yahoo.fr
55	ADJA A. FRANCHISE	COORDONNATRICE Programme santé/Environnement	FEMAD	ongfemad@yahoo.fr
56	KAMAGATE ELHADJI DIEOUA ALI	S G	URPCI	secretariat.urpci@gmail.com
57	Dr OKOUBO GUILLAUME	CHIRURGIEN DENTISTE	PNPSBD	guilokoubo@yahoo.fr
58	ADJOUA SAINTE MARIE CHANTAL Epse KOFFI	DDS	DSYOS	stemarieatc@hotmail.com