

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

2018-2022

« Élimination progressive du paludisme à
Madagascar »

MOT DU MINISTRE

Pour le garant du développement, de l'épanouissement des personnes et de la prospérité de notre société, la santé reste un élément essentiel. En effet, la réduction de la mortalité liée aux endémies majeures constitue une priorité pour l'État Malagasy. Au cœur de ce combat, le paludisme occupe une place particulière. Il est responsable d'un lourd fardeau économique à Madagascar, car il constitue encore un facteur d'aggravation de la pauvreté dans notre pays si douloureusement affecté par tant de souffrances.

L'actuel Plan Stratégique 2013-2017 arrive à son terme, un nouveau Plan doit donc être élaboré. Pour cela, conformément aux recommandations de l'OMS, une revue du programme a été menée. Cette revue a ainsi abouti à des solutions réalistes et efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité attribuable au paludisme, afin de soulager les souffrances des couches les plus vulnérables.

Dans la région africaine, le principe de l'élimination du paludisme a été adopté pour les pays qui ont contrôlé avec succès la maladie. Dans sa vision, Madagascar a opté ce principe pour l'élaboration de ses plans stratégiques.

Pour les cinq années à venir, l'orientation des axes stratégiques s'est basée sur les constats, les conclusions et les recommandations issus de la revue. Ce document reste le cadre de référence de tous les acteurs de la lutte.

Pour atteindre la vision de Madagascar sans paludisme et les objectifs ambitieux définis, il me revient de solliciter la coopération et d'inviter tous les acteurs nationaux à tous les niveaux et les partenaires internationaux à coordonner nos efforts pour la réalisation des nouvelles perspectives de lutte encore plus efficaces, plus pertinentes et plus efficientes définie dans ce nouveau plan stratégique pour l'élimination définitive du paludisme à Madagascar.
Ensemble, allons vers l'élimination du paludisme dans le pays.

Le Ministre,



The image shows a red circular official stamp of the Ministry of Public Health of Madagascar. The text around the stamp reads "Ministère de la Santé Publique" and "République Malgache". A large, stylized signature in blue ink is written over the stamp. Below the signature, there is a red stamp with the name "P. Andriamandry" and the title "Ministre de la Santé Publique".

TABLE DES MATIERES

1.	CONTEXTE.....	1
2.	SITUATION ACTUELLE DU PALUDISME A MADAGASCAR	2.
2.1.	EPIDEMIOLOGIE DU PALUDISME	6
2.1.1.	Stratification épidémiologique	6
2.1.2.	Vulnérabilité	7
2.1.3.	Évolution de l'incidence et de la prévalence parasitaire	8
2.1.4.	Districts en pré-élimination	9
2.1.5.	Évolution de la mortalité globale et par faciès	10
2.1.6.	Parasites responsables du paludisme	11
2.1.7.	Vecteurs du paludisme	11
2.1.8.	Évolution du profil entomologique	12
2.1.9.	Evolution de l'incidence mensuelle du paludisme et des paramètres climatiques	15
2.2.	PERFORMANCE DU PROGRAMME	16
2.2.1.	Niveau d'atteinte des principaux indicateurs	16
2.2.2.	Évolution de l'incidence selon les interventions par faciès	18
2.2.3.	Lutte antivectorielle	20
2.2.4.	Prise en charge	22
2.2.5.	Prévention du paludisme chez les femmes enceintes	24
2.2.6.	Gestion du Programme	27
2.2.7.	Suivi évaluation	28
2.2.8.	Surveillance et réponse aux épidémies	29
2.2.9.	Gestion et Approvisionnement du Stock (GAS)	30
2.2.10.	Communication pour un Changement Social de Comportement (CCSC)	32
2.2.11.	Financement de la lutte	33
3.	PLAN STRATEGIQUE 2018-2022.....	34.
3.1.	VISION.....	37
3.2.	DEFIS DU PLAN STRATEGIQUE	37
3.3.	PRINCIPES DIRECTEURS.....	38
3.4.	OBJECTIFS GENERAUX.....	39
3.5.	OBJECTIFS SPECIFIQUES	39
3.6.	AXES STRATEGIQUES ET ENJEUX.....	40
3.6.1.	Renforcement de la gestion du Programme	41
3.6.2.	Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock	44
3.6.3.	Consolidation du cadre de prévention (GIV, MID, CAID, TPI)	46
3.6.4.	Renforcement du cadre de prise en charge.....	54
3.6.5.	Amélioration des services offerts aux populations clés.....	57
3.6.6.	Renforcement du cadre de communication	59
3.6.7.	Amélioration du cadre de surveillance	61
3.6.8.	Amélioration du cadre de suivi évaluation	64
3.7.	IMPACT ATTENDU.....	68
3.7.1.1.	Interventions selon les strates	68
3.7.2.	Hypothèses d'impact	69
3.7.3.	Diminution de l'incidence annuelle	69
4.	BIBLIOGRAPHIE	70
5.	ANNEXES	71
5.1.	ANNEXE 1 : PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE 2018-2022.....	71
5.1.1.	Processus d'élaboration du plan de suivi-évaluation.....	71
5.1.2.	Analyse du système de suivi-évaluation précédent.....	71
5.1.3.	Cadre de suivi-évaluation	77
5.1.4.	Modèle logique du plan de suivi-évaluation.....	77
5.1.5.	Cadre conceptuel de la mise en œuvre du suivi-évaluation	80

5.1.6.	Grandes lignes du plan de suivi-évaluation	82
5.1.6.1.	Objectif général	82
5.1.6.2.	Objectifs spécifiques	82
5.1.6.3.	Interventions prioritaires pour renforcer le S&E	82
5.1.6.4.	Indicateurs de mesure de la performance du plan de S&E.....	83
5.1.7.	Sources des données et système de rapportage	101
5.1.7.1.	Types de données	101
5.1.7.2.	Système de collecte de données.....	101
5.1.7.3.	Gestion et analyse des données	102
5.1.7.3.1.	Mode de gestion	102
5.1.7.3.2.	Infrastructures et équipements de travail	103
5.1.7.4.	Assurance de la qualité des données.....	103
5.1.7.4.1.	4.4.4.1 Qualité des données.....	104
5.1.7.4.2.	Contrôle qualité des données du paludisme.....	104
5.1.7.4.3.	Contrôle qualité des données au niveau central.....	104
5.1.7.4.4.	Contrôle qualité des données au niveau régional	106
5.1.7.4.5.	Contrôle qualité des données au niveau hospitalier.....	106
5.1.7.4.6.	Contrôle qualité des données au niveau des districts.....	106
5.1.7.5.	Circuit et utilisation des données	106
5.1.7.5.1.	Circuit de l'information sanitaire de routine des formations sanitaires.....	106
5.1.7.6.	Circuit de l'information de la Surveillance Electronique.....	108
5.1.7.7.	Production des rapports	109
5.1.7.8.	Diffusion des données	109
5.1.7.9.	Utilisation des données	109
5.1.8.	Evaluation de l'impact du PSN 2018-2022	111
5.1.8.1.	Méthodes projetées d'évaluation de l'impact des interventions	111
5.1.9.	Surveillance et riposte	113
5.1.10.	Indicateurs de mesure de la performance du système de surveillance.....	113
5.1.11.	Coordination et suivi de la mise en œuvre des activités.....	113
5.1.11.1.	Coordination et suivi de la mise en œuvre des activités de lutte antipaludique	113
5.1.11.2.	Partenariat en faveur du suivi-évaluation du paludisme	114
5.2.	Annexe 2 : Liste des sous-comités RBM S&E	116
5.3.	MADAGASCAR EN BREF	117
5.4.	ORGANIGRAMME MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE	120
5.5.	INTERVENTIONS SPECIFIQUES SUR LES POPULATIONS CLES	128
5.6.	BUDGET ESTIMATIF DU PSN 2018-2022	130
5.7.	SOURCE DE FINANCEMENT DU PSN 2018-2022	131

LISTE DES ACRONYMES

AC	Agent Communautaire
ACT	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
AL	Arthémeter Luméfantrine
An	<i>Anopheles</i>
AS	Agent de Santé
ASAQ	Combinaison Artésunate Amodiaquine
CAID	Campagne d'Aspersion Intradomiciliaire
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CH	Centre Hospitalier
CIP	Communication Interpersonnelle
CPN	Consultation Périnatale
CSB	Centre de Santé de Base
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DHIS2	District Health Information Software 2
DLP	Direction de Lutte contre le Paludisme
DS	District Sanitaire
FBP	Financement Basé sur la Performance
FM	Fonds Mondial
GA	Grossesse Attendue
GAS	Gestion des Achats et Stocks
GE	Goutte Epaisse
GIV	Gestion Intégrée des Vecteurs
HTC	Hauts Terres Centrales
IEC	Information-Education-Communication
INSTAT	Institut National de la Statistique
IPA	Indice Parasitaire Annuelle
MID	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MNT	Maladie Non Transmissible
MSANP	Ministère de la Santé Publique
MTR	Mid Term Review (Revue à Mi-Parcours)
NMF	Nouveau Modèle de Financement
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OTSS	Outreach Training and Support Supervision
PCIMEc	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire
PCP	Prise en Charge du Paludisme
PDSS	Plan de Développement du Secteur Santé
PEC	Price en Charge

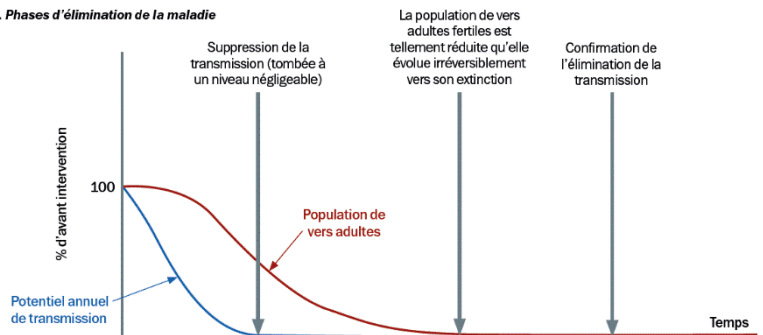
PHAGECOM	Pharmacie de Gestion Communautaire
PID	Pulvérisation Intra-Domiciliaire
PMI	President's Malaria Initiative
PRE	Plan de Riposte aux épidémies
PSI	Population Service International
PSN	Plan Stratégique National
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire technique et Financier
RBM	Roll Back Malaria
RCCS	Responsabilisation et Communication pour le Changement Social
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RLPR	Responsable de Laboratoire Paludisme Régionaux
RMA	Rapport Mensuel d'Activité
RPD	Responsable Paludisme de District
RPR	Responsable Paludisme Régional
SCOM	Service de la Communication
SDSP	Service de District de Santé Publique
SEI	Surveillance Épidémiologique Intégrée
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UCP	Unité de Coordination des Projets
USAID	United States Agency for International Development
VAD	Visite à Domicile
3T	Test –Treat-Track

PREMIERE PARTIE

CONTEXTE



Figure 2. Phases d'élimination de la maladie



Transmission	En cours	Négligeable, à condition que les interventions soient maintenues	Évolue irréversiblement vers zéro en raison de l'insuffisance ou de l'absence de vers adultes	Zéro
Intervention	Intervention active visant à réduire la charge parasitaire ou la transmission (traitement de masse et/ou mesures antivectorielles)		Aucune	Aucune
Surveillance	Suivi et évaluation des progrès accomplis		Surveillance active pour prouver l'élimination	Surveillance pour détecter rapidement toute réintroduction potentielle de l'infection

Depuis 2006, le principe de l'élimination du paludisme a été adopté par les chefs d'Etat africains pour les pays qui ont contrôlé avec succès la maladie. Madagascar a inscrit ce principe dans sa vision.

PSN Paludisme, Madagascar 2013-2017

Contexte & justification

Le paludisme demeure un problème de santé publique à Madagascar. Jusqu'en 2013 la notification annuelle du nombre de cas de paludisme simple confirmé au niveau des formations sanitaires était de 6,5% par rapport à l'ensemble des consultations externes. En 2016, cette proportion était de 5,6%. Le paludisme est ainsi la **quatrième** cause de morbidité dans les centres de santé et la **quatrième** cause de mortalité hospitalière.

A cause de sa fréquence et de sa gravité, le paludisme entrave la prospérité et le développement économique du pays. Le coût supporté par le pays est estimé à plus de **50 millions USD par an** si on considère les coûts directs et indirects liés à la maladie et les coûts macro-économiques (impact négatif sur le tourisme, commerce, investissements, etc.)

Depuis 2006, le principe de l'élimination du paludisme a été adopté par les chefs d'Etat africains pour les pays qui ont contrôlé avec succès la maladie. Madagascar a inscrit ce principe dans sa vision. La mise en œuvre du plan stratégique 2013-2017, qui se fixait comme objectif de préparer le pays à la réalisation de cette vision en portant et en maintenant à l'échelle toutes les interventions au niveau du pays, arrive actuellement à son terme. Un nouveau Plan doit donc être élaboré et pour cela, conformément aux recommandations de l'OMS, **une Revue du Programme** a été effectuée Juillet 2017.

Les résultats de cette revue révèlent que malgré une réduction constante de la mortalité suite aux multiples interventions de prévention, de prise en charge et de soutien, le paludisme constitue encore un fardeau pour la santé des populations.

L'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique finissant montre que la proportion des activités mises en œuvre est de 88%. Le taux d'exécution du PSN reste donc modéré selon les critères de l'outil d'analyse de la performance de l'OMS.

Par ailleurs, après une augmentation du nombre de districts à transmission élevée passant de 48 en 2013 à 62 en 2015, il a été observé une diminution du nombre de ces districts en 2016 (39 districts) et en 2017 (23 districts). Il n'y a pas de changement dans la distribution spatiale des parasites au niveau du pays, mais les vecteurs deviennent **moins endophages et plus agressifs à l'extérieur**.

L'analyse du paysage de financement révèle quant à elle un taux global de décaissement insuffisant de 71,4%, une faible contribution de l'Etat et de faibles **stratégies innovantes de financement** impliquant les partenaires non traditionnels tels que le secteur privé national et les grandes multinationales.

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'élaboration de ce nouveau plan stratégique 2018-2022.

DEUXIEME PARTIE

SITUATION DU PALUDISME A MADAGASCAR





Selon le niveau d'incidence, 39 districts présentent une incidence élevée (> 100 cas pour 1000 habitants), 25 modérée (100-50), 29 basse (50-10), 16 très basse (< 10 cas pour 1000) et 5 en moins de 1 cas pour 1000...

En 2016, 39 districts présentent une incidence élevée (100 cas pour 1000 habitants).

Selon le niveau d'incidence, 39 districts présentent une incidence élevée (> 100 cas pour 1000 habitants), 25 modérée (100-50), 29 basse (50-10), 16 très basse (< 10 cas pour 1000) et 5 en moins de 1 cas pour 1000...

25 districts ont une incidence comprise entre 100 et 50 cas pour 1000 habitants.

Les faits Selon le niveau d'incidence, 39 districts présentent une incidence élevée (> 100 cas pour 1000 habitants), 25 modérée (100-50), 29 basse (50-10), 16 très basse (< 10 cas pour 1000) et 5 en moins de 1 cas pour 1000...

29 districts, comprise entre 50 et 10 cas pour 1000 habitants.

Selon le niveau d'incidence, 39 districts présentent une incidence élevée (> 100 cas pour 1000 habitants), 25 modérée (100-50), 29 basse (50-10), 16 très basse (< 10 cas pour 1000) et 5 en moins de 1 cas pour 1000...

16 districts ont une incidence comprise entre 10 et 1 cas pour 1000 habitants.

Selon le niveau d'incidence, 39 districts présentent une incidence élevée (> 100 cas pour 1000 habitants), 25 modérée (100-50), 29 basse (50-10), 16 très basse (< 10 cas pour 1000) et 5 en moins de 1 cas pour 1000...

Cinq districts ont une incidence < 1 cas pour 1000 habitants.

Selon le niveau d'incidence, 39 districts présentent une incidence élevée (> 100 cas pour 1000 habitants), 25 modérée (100-50), 29 basse (50-10), 16 très basse (< 10 cas pour 1000) et 5 en moins de 1 cas pour 1000...

Selon le niveau d'incidence, 39 districts présentent une incidence élevée (> 100 cas pour 1000 habitants), 25 modérée (100-50), 29 basse (50-10), 16 très basse (< 10 cas pour 1000) et 5 en moins de 1 cas pour 1000...

Selon le niveau d'incidence, 39 districts présentent une incidence élevée (> 100 cas pour 1000 habitants), 25 modérée (100-50), 29 basse (50-10), 16 très basse (< 10 cas pour 1000) et 5 en moins de 1 cas pour 1000...

Selon le niveau d'incidence, 39 districts présentent une incidence élevée (> 100 cas pour 1000 habitants), 25 modérée (100-50), 29 basse (50-10), 16 très basse (< 10 cas pour 1000) et 5 en moins de 1 cas pour 1000...



Selon le niveau d'incidence, 39 districts présentent une incidence élevée (> 100 cas pour 1000 habitants), 25 modérée (100-50), 29 basse (50-10), 16 très basse (< 10 cas pour 1000) et 5 districts en moins de 1 cas pour 1000....

DLP Madagascar, 2013-2017

1.1.EPIDEMIOLOGIE DU PALUDISME

1.1.1. Stratification épidémiologique

Selon l'OMS, les strates épidémiologiques sont définies par les niveaux d'incidence : (i) **Haute** si elle est supérieure ou égale à 450, **Modérée** si entre 250 et 450, **Basse** si entre 100 et 250, **Très basse** si inférieure à 100 et **Free** si égale à 0. Appliquée à Madagascar, seul un district serait en strate de haute incidence en 2016. Ce qui pourrait sous-estimer le poids de la morbidité. Aussi, compte tenu de l'insuffisance de la remontée des données au niveau communautaire les cas réels peuvent être sous-estimé. (Figure 1.a, 1.b)

En conséquence, une autre classification basée sur un choix raisonné plus proche de la réalité a été adoptée : (i) **Haute** si l'incidence est supérieure ou égale à 100‰, **Modérée** si entre 50 et 100‰, **Basse** si entre 10 à 50‰, **Très basse** si entre 1 à 9‰ et **en élimination** si inférieure à 1 (figure 1.b). Cette nouvelle stratification révèle qu'en 2016, 39 districts soit 21,6% de la population vivent en zone de haute incidence, 3 en pré élimination et 5 en élimination.

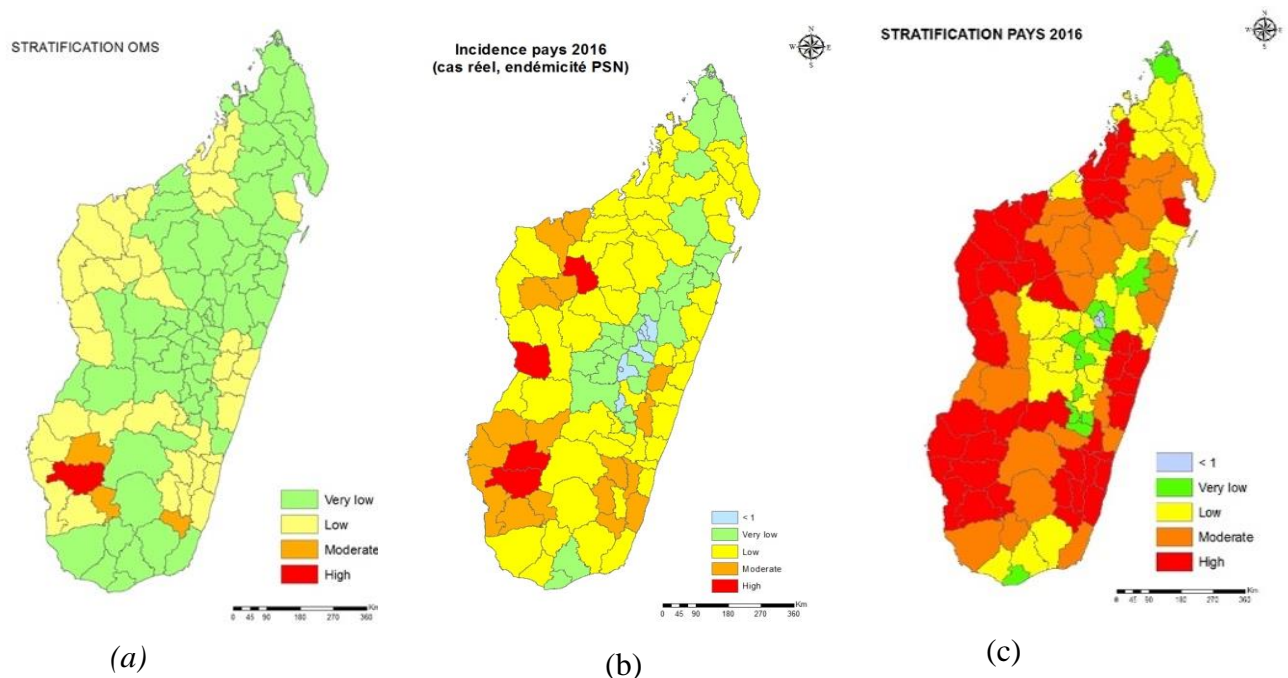


Figure 1: (a) Stratification de l'incidence selon les critères de l'OMS ; (b) Stratification de l'incidence selon les cas réels et la stratification adaptée au pays ; (c) Stratification selon les cas estimés et les critères adaptés au pays. (Source : SNIS)

1.1.2. Vulnérabilité

Le score de vulnérabilité a été défini selon quatre indicateurs : l'incidence annuelle, la létalité palustre, le taux de fréquentation des formations sanitaires et l'indice de pauvreté (par district). Un score a été affecté à chacun de ses critères allant de 1 à 6.

Ce score de vulnérabilité permettra de prioriser les districts pour la mise en œuvre des interventions.

Tableau 1 : Classification des districts selon le score de vulnérabilité

Vulnérabilité	Score	Nombre de Districts	Populations
Très vulnérable	≥ 4	29	5 338 371
Vulnérable	3	29	5 560 192
Vulnérabilité Modérée	2	31	7 648 649
Vulnérabilité Faible	≤ 1	25	5 602 294
			24 149 507

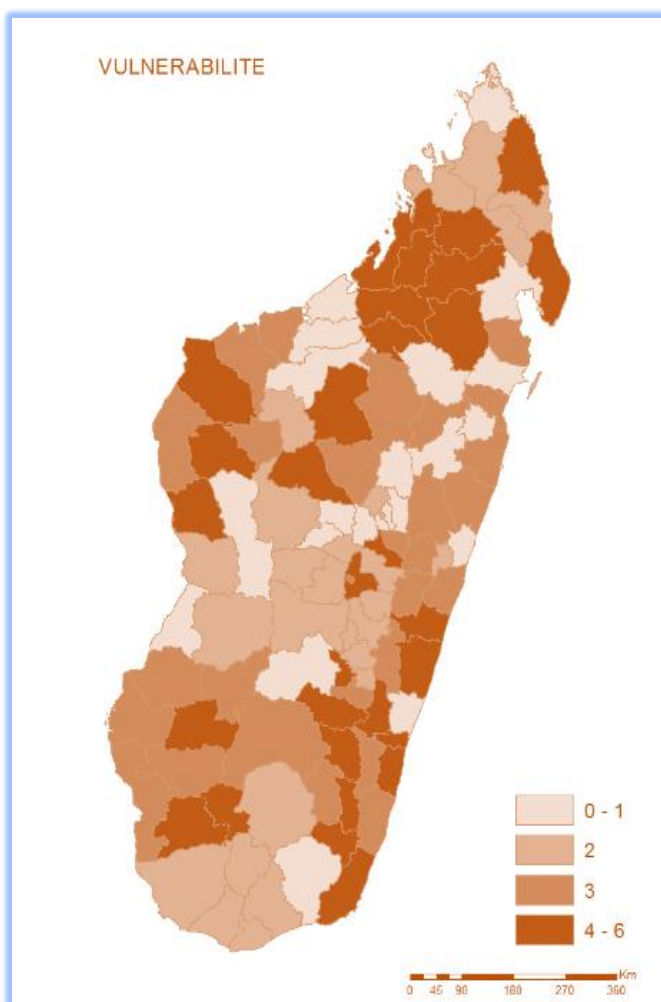


Figure 2. Cartographie de la vulnérabilité (Source : DLP)

1.1.3. Évolution de l'incidence et de la prévalence parasitaire

Entre 2013 et 2014, une réduction de l'incidence du paludisme a été constatée dans toute l'île passant de 97,7‰ en 2013 à 79,9‰ en 2014. Mais en 2015, on observait une augmentation des cas dans presque tout le pays (130,7‰), résultant de l'insuffisance de financement de l'année 2014 ainsi qu'aux problèmes de mise en œuvre. Les régions du Moyen Ouest, Sud-Est et du Sud-Ouest étaient particulièrement touchées (Figure 3). En 2016, l'évolution de l'incidence a connu un progrès par rapport à 2015. Selon le niveau d'incidence, 39 districts présentent une incidence élevée, 25 modérée, 29 basse, 16 très basse et 5 en moins de 1 cas pour 1000.

Les deux indicateurs d'incidence et de prévalence parasitaire concordent dans leur évolution (Figure 3).

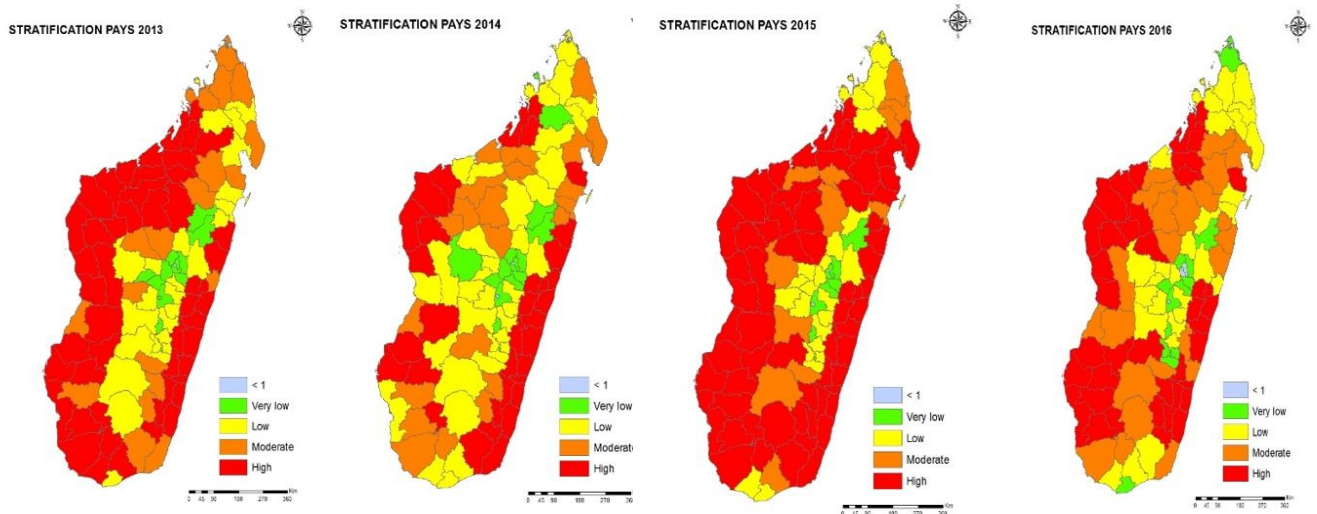


Figure 3. Evolution de l'incidence depuis 2013 à 2016 (Source : SNIS)

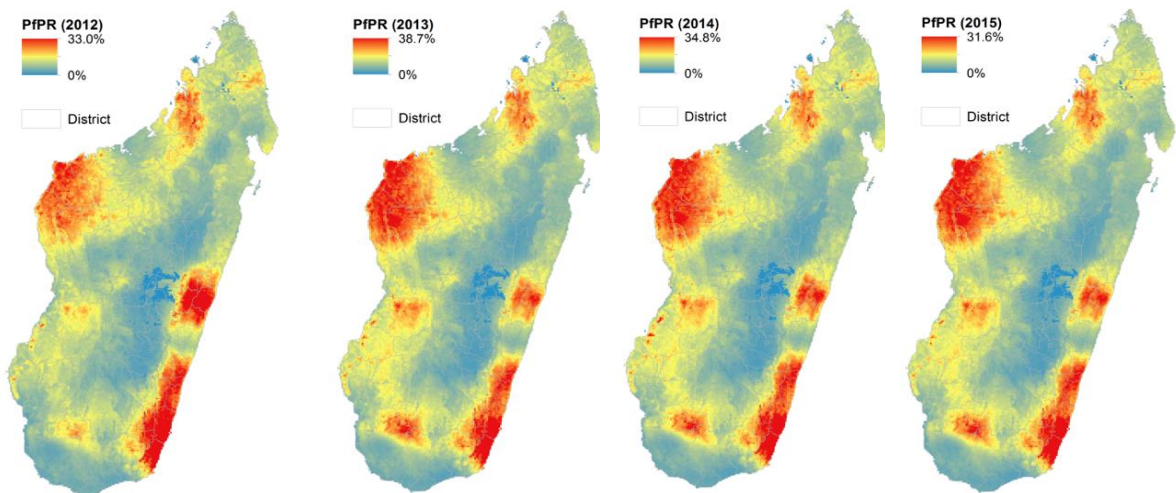


Figure 4. Evolution de la prévalence parasitaire depuis 2012 à 2015 (Source : Howes et al. Contemporary epidemiological overview of malaria in Madagascar: operational utility of reported routine case data for malaria control planning. Malar J (2016) 15:502).

1.1.4. Districts en pré-élimination

Depuis 2010, 16 districts auraient pu atteindre le statut de pré-élimination (Taux de positivité <5%), mais la moitié est repassée en phase de contrôle (tableau 1). En 2016, les districts qui sont restés en pré-élimination prédominent dans les Hautes Terres Centrales dont Antananarivo-Avaradrano, Antsirabe I, Antananarivo-Renivohitra, Antananarivo Atsimondrano, Manjakandriana, Antsirabe II ; un district à l'Ouest du pays (Mahajanga I) et un district au Nord (Antsiranana I).

Tableau 2 : Evolution des districts en pré élimination (taux de positivité) entre l'année 2013 - 2016
(Source : SNIS)

District	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ANTANANARIVO-AVARADRANO	3,6	2,9	3,8	3,3	4,2	2,4	1,1
ANTSIRANANA I	4,6	3,4	3,8	4,3	2,4	3,3	1,5
ANTSIRABE I	3,3	2,5	3,3	3,7	2,7	3,1	1,6
ANTANANARIVO-RENIVOHITRA	4,8	3,4	3,5	2,6	3,0	3,8	2,2
ANTANANARIVO-ATSIMONDRANO	5,7	4,9	5,6	4,4	3,8	5,5	2,7
MAHAJANGA I	9,4	4,6	9,6	8,8	5,4	12,1	4,2
MANJAKANDRIANA	6,3	4,2	3,1	3,6	6,4	5,7	4,6
ANTSIRABE II	10,9	13,8	11,2	11,0	10,7	9,4	4,8
FIANARANTSOA I	2,4	5,2	11,5	6,9	12,8	12,0	5,5
AMBATONDRAZAKA	16,9	5,7	3,3	9,9	6,3	6,9	5,9
AMBOHIDRATRIMO	4,0	3,3	4,3	5,4	8,7	26,7	6,4
AMPARAFARAVOLA	8,2	7,9	2,2	5,9	4,1	10,2	8,0
MANANDRIANA	4,3	1,3	4,5	4,6	6,7	10,2	8,8
ARIVONIMAMO	4,8	10,2	6,9	6,1	3,6	16,0	17,0
TOLIARY I	2,9	2,0	5,1	9,2	7,4	31,7	21,7
SOAVINANDRIANA	15,2	17,8	2,8	5,7	24,7	34,5	30,3

1.1.5. Évolution de la mortalité globale et par faciès

La gravité et le fardeau du paludisme se reflètent aussi bien sur l'incidence que sur le taux de mortalité. Respectivement, le nombre de cas graves est passé de 10 777 cas à 8 136 et le nombre de décès de 667 à 443 soit une **diminution respective de 24,50% et de 33,58%** de 2013 à 2016. Chez les enfants de moins de 5 ans, la mortalité était globalement élevée dans tous les faciès en 2015, surtout dans les faciès Équatorial et Ouest (25,71%).

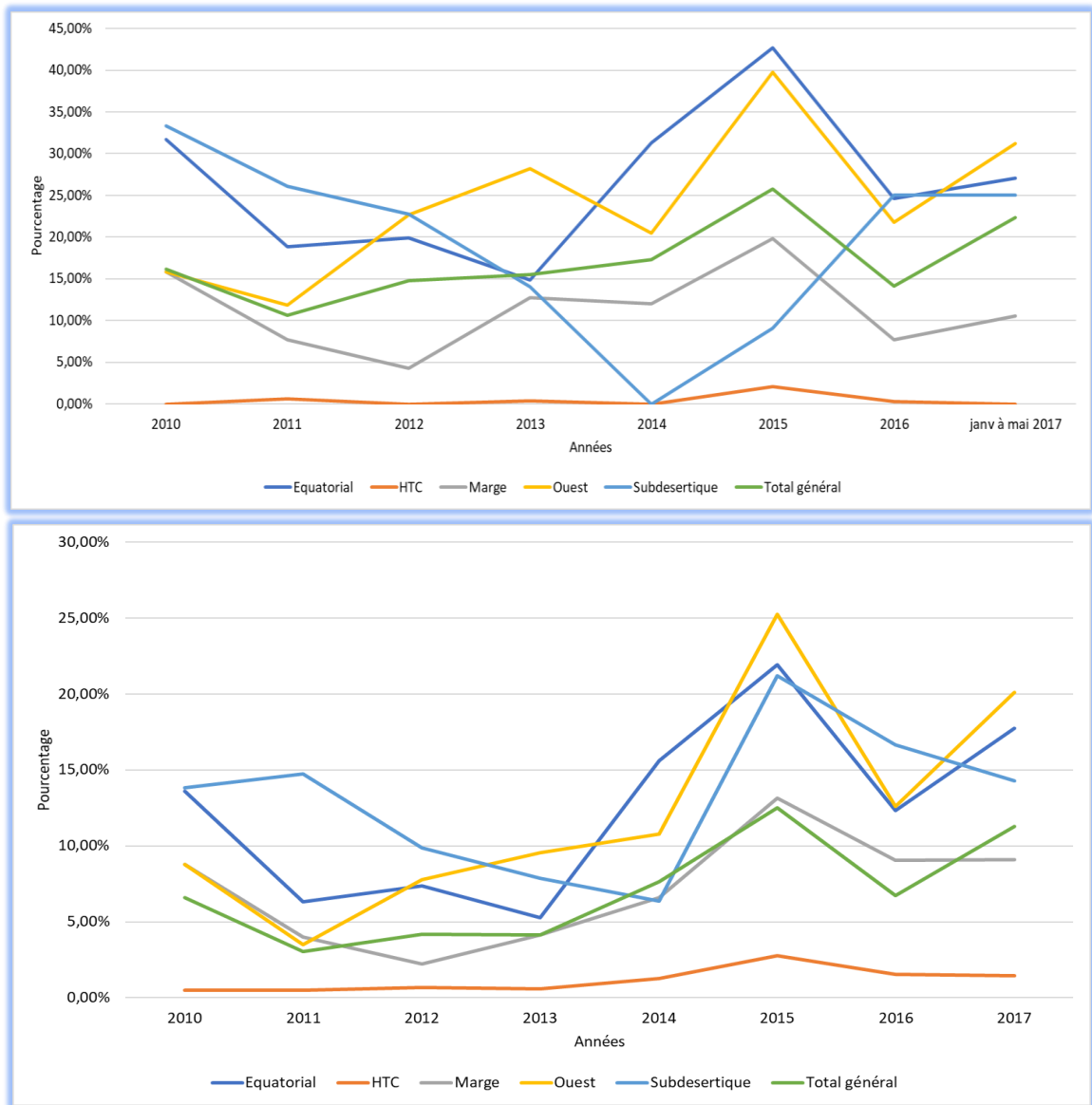


Figure 5. Evolution de la mortalité liée au paludisme : (a) taux de mortalité dans la population globale, (b) mortalité chez les enfants moins de 5ans par faciès. (Source : SNIS)

1.1.6. Parasites responsables du paludisme

Quatre espèces plasmodiales sont présentes dans la Grande Ile (*Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale* et *Plasmodium malariae*).

La présence de ces espèces est cependant surtout dominée par le *Plasmodium falciparum* avec une proportion de plus de 90%.

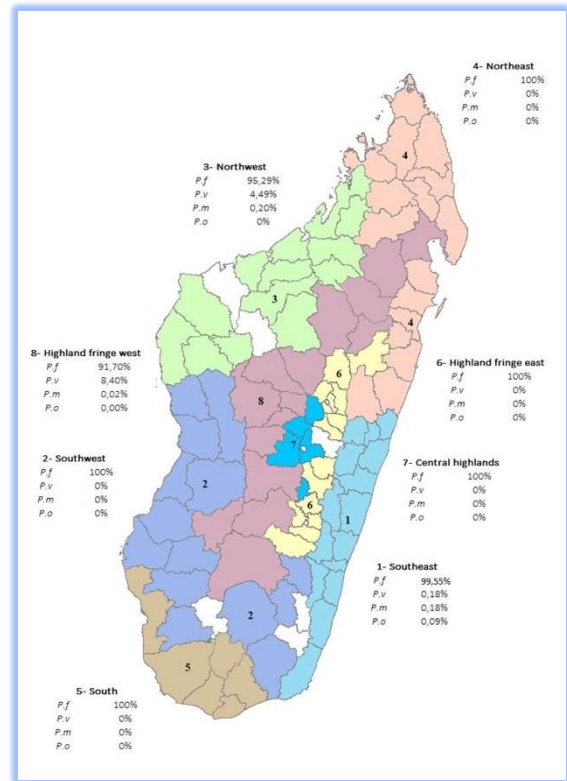


Figure 6. Répartition des espèces plasmodiales (Source : DLP, IPM)

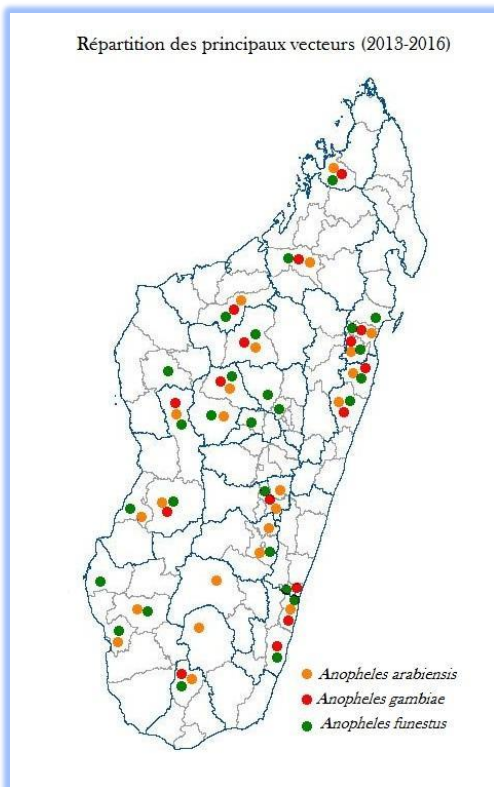


Figure 7. Répartition géographique des vecteurs (Source : DLP, IPM)

1.1.7. Vecteurs du paludisme

Les résultats de la surveillance entomologique réalisée pendant la mise en œuvre du PSN 2013-2017 ont montré qu'aucun changement majeur n'a été observé sur la composition des espèces vectrices principales de l'agent du paludisme présent à Madagascar (figure 7). Toutefois, la présence d'*An. funestus* et d'*An. gambiae*s. dans plusieurs sites des Hautes Terres Centrales a été observée et mérite une surveillance étroite.

Quant aux espèces vectrices secondaires, la présence d'*An. mascarensis*, *An. merus*, *An. coustani* et *An. coluzzii* (rapport Abt Associates, 2016) à Madagascar a également été signalée pendant la même période.

1.1.8. Évolution du profil entomologique

Dans tous les faciès, depuis 2013, le taux d'endophagie d'*Anopheles gambiae s.l.* est resté en dessous du seuil de 50% révélant un changement de comportement du vecteur qui pique de plus en plus en dehors des habitations. Dans le faciès Nord-Ouest, ce taux a été au-dessus de 50% en 2015 par rapport à 2013. Ceci pourrait prédire d'un changement majeur dans l'utilisation de la CAID.

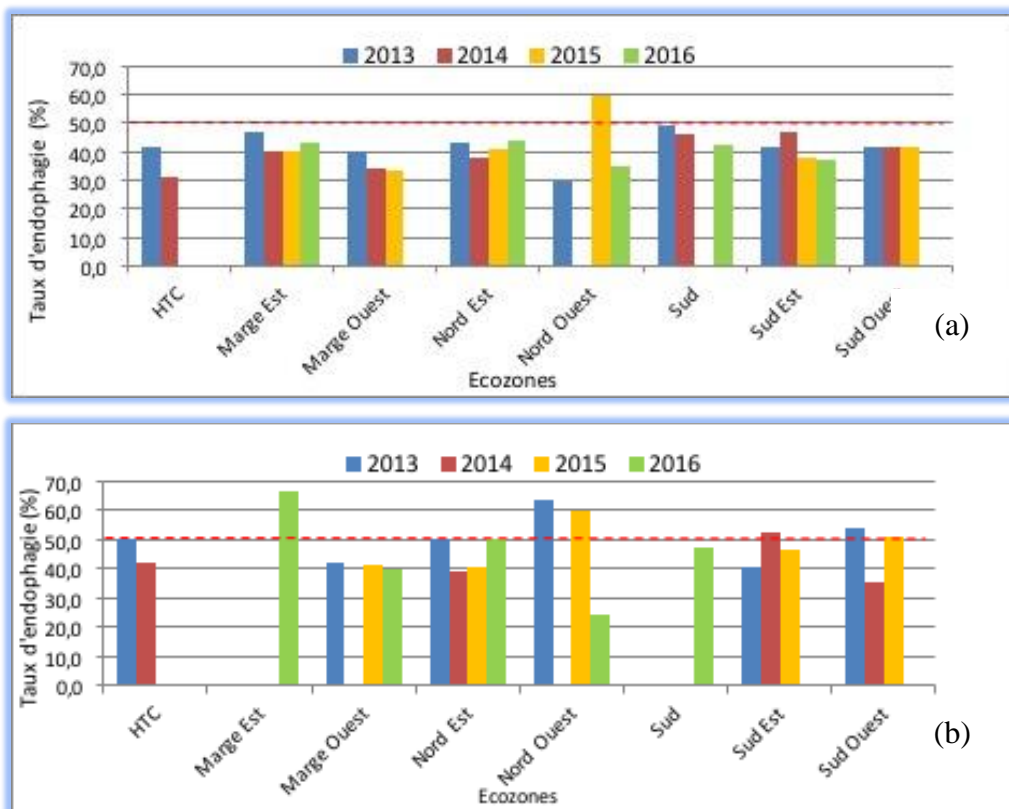


Figure 8. (a) Variation annuelle des taux d'endophagie d'*Anopheles gambiae s.l.* par écozones (2013-2016), (b) Variation annuelle des taux d'endophagie d'*Anopheles funestus* par écozone (2013-2016). (Source : SNIS)

Par ailleurs, il a été aussi observé des changements sur les horaires des piqûres des moustiques qui deviennent de plus en plus tôt.

Mais le nombre et la répartition des sites ne représentent pas l'ensemble du pays. L'idéal est d'avoir assez de données sur les cinq strates. Le programme suit en ce moment 22 sites (1site/région).

En outre, les ressources humaines de l'équipe centrale d'entomologie restent insuffisantes pour réaliser les activités de surveillance dans les 22 sites (ressources humaines, moyens de déplacement), d'où la nécessité d'impliquer des équipes régionales.

Durant la mise en œuvre du PSN 2013-2017, les données entomologiques étaient insuffisantes avant et pendant les alertes épidémiques mais aussi après les ripostes pour l'évaluation des impacts.

Par ailleurs, le contrôle de la qualité de l'aspersion intra-domiciliaire et l'évaluation de la rémanence des insecticides de la CAID ont été planifiées sur les HTC, et dans les régions Est et Sud-Est.

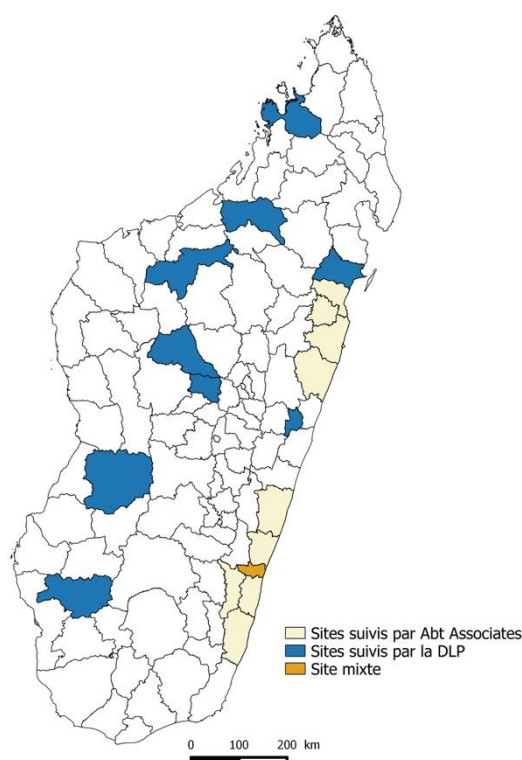


Figure 9. Répartition géographique des sites de surveillance entomologique. (Source : DLP)

▪ Sensibilité des vecteurs aux insecticides

Les principales espèces vectrices identifiées à Madagascar pendant la période de 2013 à 2016 sont encore sensibles à l'Actellic® (Organophosphoré), l'insecticide actuellement utilisé pour l'aspersion intradomiciliaire (AID). Par contre, une extension géographique de la résistance d'*Anopheles gambiae s.l.* aux pyréthrinoides (insecticides utilisés sur les moustiquaires imprégnées) a été détectée pendant la même période.

▪ Infection des vecteurs/Partie Profil

Deux des quatre espèces plasmodiales identifiées à Madagascar : *P. falciparum* et *P. vivax* ont été détectées dans six strates (Sud Est, Sud-Ouest, Nord-Ouest, Nord Est, Marge Ouest et Hautes Terres Centrales chez les principales espèces vectrices. Par contre, seule l'espèce *P. falciparum* a été détectée chez *Anopheles gambiae s.l.* dans des zones d'étude de la Marge Est des Hautes Terres Centrales. La « non-détection » des autres espèces pourrait-être due au faible nombre de sites d'étude (1 par strate) et par conséquent le faible nombre d'échantillons de moustiques analysés.

Afin d'assurer l'efficacité des interventions de lutte, les activités entomologiques prévues dans le PSN 2018-2022 présenteront les trois défis majeurs suivants :

1. Une meilleure connaissance des espèces vectrices dans chacun des niveaux de transmission du paludisme par le renforcement du système de surveillance des vecteurs (décentralisation de surveillance entomologique, méthodes et augmentation de la fréquence de la surveillance adaptée à chaque niveau de transmission).
2. Un renforcement technique du laboratoire d'entomologie : recours systématique à la biologie moléculaire pour l'identification jusqu'au niveau spécifique des complexes d'espèces vectrices présents à Madagascar ; mise à disposition du programme des connaissances sur l'infection et le comportement trophique des vecteurs (technique immunoenzymatique) et une meilleure connaissance des méthodes d'interventions de lutte susceptible d'être appliquées à Madagascar.
3. Une mise en œuvre effective du Plan National de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides.

La réalisation de ces défis majeurs requiert la concrétisation des actions notamment la mise en commun des sites de surveillance épidémiologique, parasitologique et entomologique, le renforcement en nombre et des compétences techniques du personnel ainsi qu'en infrastructure du laboratoire d'entomologie de la Direction de Lutte contre le paludisme.

1.1.9. Evolution de l'incidence mensuelle du paludisme et des paramètres climatiques

Une évolution parallèle entre la pluviométrie et l'incidence du paludisme est constatée entre 2013 et 2016 (figure 10).

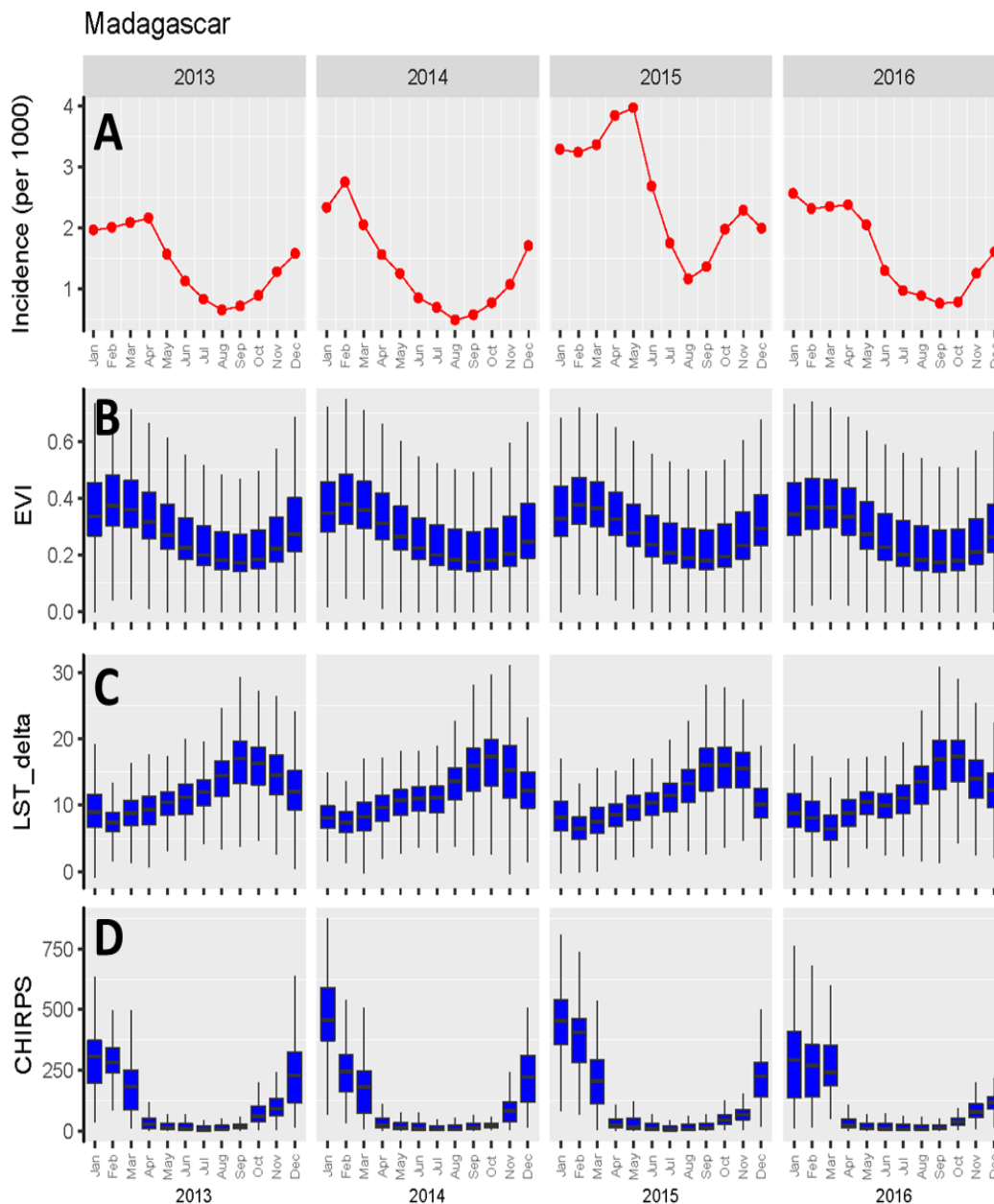


Figure 10 : Tendances de l'incidence mensuelle du paludisme et des paramètres climatiques à Madagascar entre Janvier 2013 et Décembre 2016. Kang S, Batt, Ratsimbaoa A, [...] Howes RE.

(A) Incidence mensuelle du paludisme. Source : DLP.

(B) Couverture de végétation, une mesure indicative de la disponibilité d'eau. Source: MODIS, NASA (<https://modis.gsfc.nasa.gov/data/dataproduct/mod13.php>).

(C) Différence diurnale de température ambiante (jour et nuit). Source: MODIS, NASA (<https://modis-land.gsfc.nasa.gov/temp.html>).

(D) Pluviométrie totale mensuelle (mm). Source: CHIRPS (ClimateHazards Group InfraRedPrecipitationwith Station data;<http://pubs.usgs.gov/ds/832/>)

1.2.PERFORMANCE DU PROGRAMME

Le taux d'exécution des activités planifiées durant le PSN 2013-2017 est de 88% du fait des nombreux obstacles qui ont entravé sa mise en œuvre parmi lesquels :

- La faiblesse du système de santé communautaire,
- La défaillance de la gestion logistique des intrants,
- L'absence de données complètes pour les besoins de quantification des intrants au niveau des districts,
- Le retard de démarrage des activités dû à l'allocation tardive de la subvention.

1.2.1. Niveau d'atteinte des principaux indicateurs

Afin de déterminer le niveau de performance, le niveau d'atteinte de ces indicateurs et les domaines de prestation de service ont été évalués selon les scores suivants :

Tableau 3 : Codification du score de performance par DPS

	Fortement Adéquat	Adéquat	Existant mais pas adéquat	Pas du tout Adéquat
	3	2	1	0
Niveau de performance du programme				
1	Réduction observée du nombre et de l'ampleur des épidémies dans le temps			3
2	Réduction observée dans les districts à transmission de paludisme dans le temps			1
3	Réduction observée de la capacité vectorielle sur 5 ans			0
4	Taux de mortalité infanto-juvénile toutes causes confondues			0
5	Baisse (%) de cas de paludisme (Année 4 à Année 0)			0
6	Baisse (%) des décès dû au paludisme (Année 4 à Année 0)			0
7	Cas de paludisme par 1 000 habitants			3
8	Prévalence de l'anémie : Enfants âgés de 6 à 59 mois avec une mesure d'hémoglobine de 8mg/dl			0
9	Décès dû au paludisme (par diagnostic du paludisme confirmé en milieu hospitalier) (proportion)			0
10	Taux de positivité des lamelles/TDR : Lamelles/TDR positifs parmi toutes les lamelles/tous les TDR effectués (pourcentage)			2
11	Baisse observée du taux de positivité des lamelles dans le temps			ND
12	Indice parasitaire annuel (IPA) : nombre de cas de paludisme confirmés par microscopie détectés par 1 000 habitants durant une année			2

13	Proportion d'hospitalisations pour paludisme (confirmé) parmi toutes les hospitalisations	2
14	% de cas de paludisme confirmé par microscopie ou TDR	2
15	% de cas de paludisme sans complications recevant un traitement prompt et efficace dans les 24 heures selon la politique nationale	0
16	Proportion de cas de paludisme/fièvre traités avec le traitement antipaludique de première ligne selon les recommandations nationales	2
17	% d'enfants de moins de 5 ans ayant la fièvre qui ont reçu un traitement antipaludique par prise en charge à domicile	0
18	Proportion de ménage ayant au moins une MII/MID	0
19	Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII/MID la nuit précédente	2
20	Proportion de membres du ménage qui ont dormi sous une MII/MID la nuit précédente	3
21	Proportion de ménages ayant au moins une MII/MID et/ou dont l'habitation a été aspergée par PID au cours des 12 derniers mois	0
22	Proportion de femmes qui ont reçu 2 doses ou plus de traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse (sur les 2 dernières années)	0
23	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la fièvre au cours des 2 dernières semaines qui ont reçu un traitement antipaludique selon la politique nationale de traitement dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre	ND
24	Proportion de patients admis avec paludisme grave qui reçoivent un traitement correct aux formations sanitaires	ND
25	MII/MID distribuées au cours des 3 dernières années (à comparer avec le nombre de population divisé par deux)	3
26	Pourcentage de structures ciblées ou d'unités/murs dans les zones cibles de la PID traitées par PID au cours des 12 derniers mois	3
27	Pourcentage de ménages (dans les zones cibles) qui ont bénéficié de la pulvérisation dans le cadre d'une campagne de PID au cours des 12 derniers mois	ND
28	Proportion de formations sanitaires disposant de microscopie et/ou de TDR	ND
29	Proportion de formations sanitaires qui ne rapportent aucune rupture de stock de plus d'une semaine des antipaludiques selon les recommandations nationales, au cours des 3 derniers mois	ND

1.2.2. Évolution de l'incidence selon les interventions par faciès

Tableau 5 : Revue de la performance de l'Épidémiologie du paludisme

Réduction observée dans les tendances de cas dans le temps	0,00
Réduction observée dans les tendances de décès dans le temps	3,00
Réduction observée dans le nombre et l'ampleur des épidémies dans le temps	3,00
Baisse observée du taux de positivités de lamelles dans le temps	2,00
Réduction des cas et des décès de 50% tous les cinq ans	0,00
Réduction observée dans les districts à transmission du paludisme dans le temps	1,00
Réduction observée de la capacité vectorielle sur 5 ans	0,00

Lors des précédents plans, les stratégies ont été réalisées en fonction des faciès. Le pays était alors subdivisé en quatre faciès selon des critères bien définis dont la durée et l'intensité de la transmission.

Mais une particularité sur les zones limitrophes des Hautes Terres Centrales et des autres faciès à haute endémicité a conduit le pays à définir un cinquième faciès appelé les Marges.

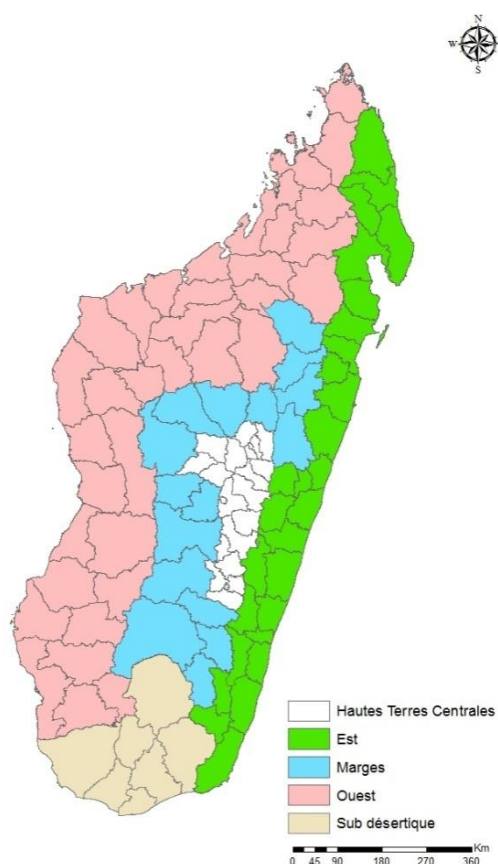
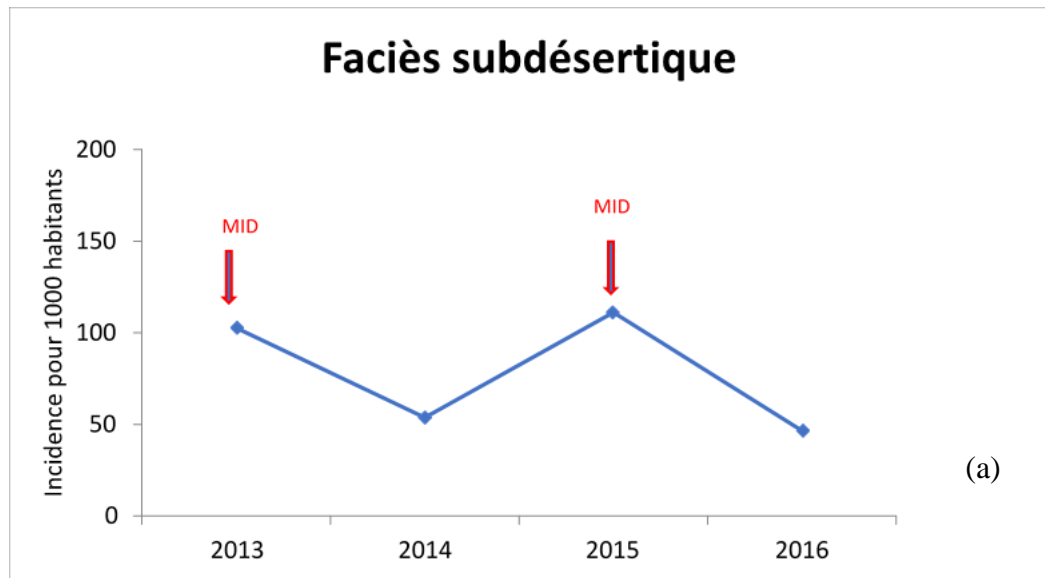
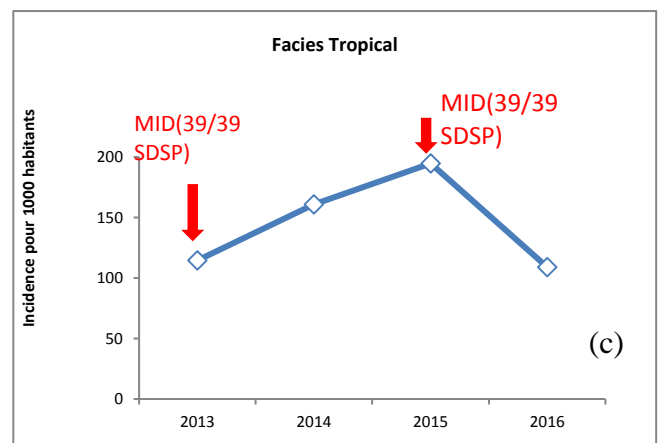
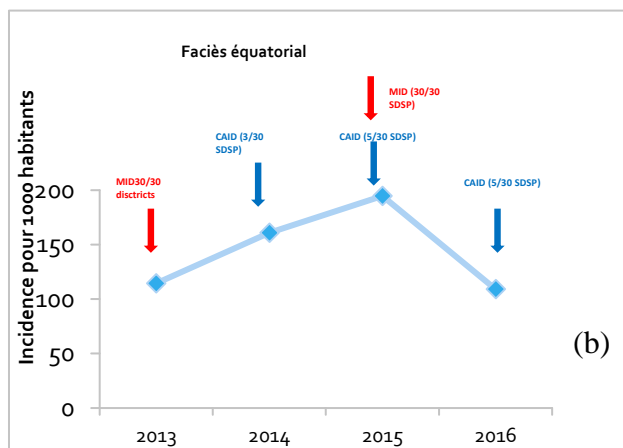


Figure 11. Les quatre faciès du PSN 2013-2017

Selon les interventions réalisées dans chaque faciès, les courbes suivantes démontrent l'évolution de l'incidence du paludisme. Chaque faciès a ses interventions spécifiques.



Dans le faciès subdésertique, en 2013, après la réalisation des CAID généralisées et la distribution des MID, une diminution temporaire de nombre de cas a été observée. Puis en 2015, un rehaussement de l'incidence est constaté motivant une riposte de la part de la DLP à travers un traitement ciblé des enfants de moins de 15 ans dans ces zones (Cf. figures 10 a).



Malgré les interventions réalisées en 2013 dans les faciès Equatorial et Tropical, le nombre de cas n'a pas diminué suite à un faible taux de couverture en MID au niveau des zones enclavées de ces faciès. L'amélioration des modalités de distribution et de choix des MID lors de la campagne de 2015 (le polyester étant mieux accepté par la population) a permis cependant de noter une diminution de l'incidence entre 2015 et 2016. (Cf. figures 12b et 12c).

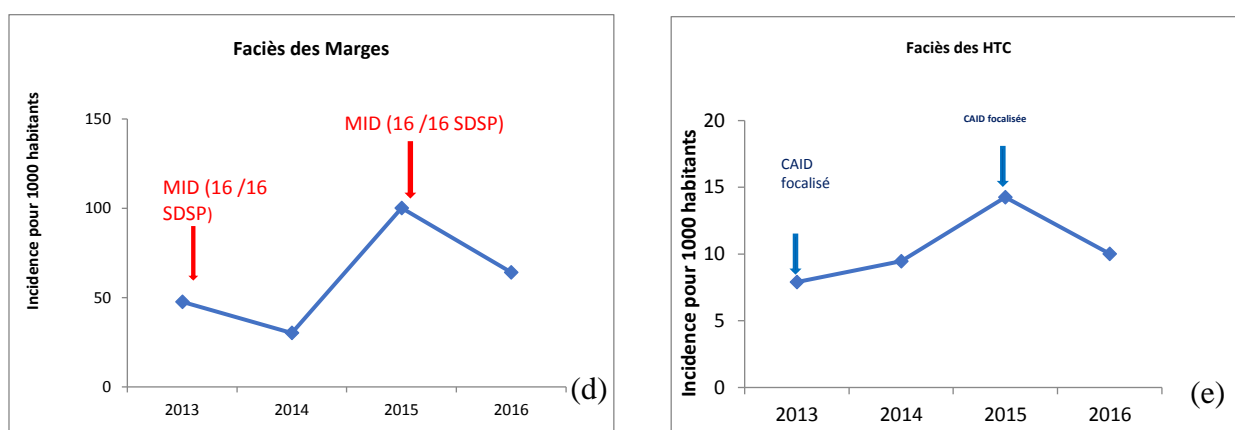


Figure 12: Evolution de l'incidence selon les interventions par faciès ; (a) faciès subdésertique, (b) faciès équatorial, (c) faciès haute terre centrale, (d) faciès marges, (e) faciès tropical. (Source : SNIS)

Au niveau des marges où on observe moins de zones enclavées, les campagnes de MID de 2013 et 2015 ont permis d'observer des diminutions temporaires de l'incidence suivie d'une remontée dans le 12 mois (Cf. figure 12d).

Au niveau des HTC où la principale intervention de prévention demeure la CAID, il n'a été observé une diminution de l'incidence qu'après la campagne de 2015. Il est à rappeler qu'en 2015 l'alphacyperméthrine (6 mois de rémanence) a été utilisé dans les 40 communes ciblées alors qu'en 2013, seules 12 soit 30% ont bénéficié de l'alphacyperméthrine ; les 28 communes restantes ayant bénéficié du carbamate qui a une durée de rémanence beaucoup plus courte (3 mois).

1.2.3. Lutte antivectorielle

Tableau 6 : Revue de la performance de la Prévention

Utilisation des MID comme principale stratégie de prévention communautaire	2,70
Pulvérisation intra-domiciliaire rémanente	2,75
Gestion intégrée des vecteurs	2,13

▪ CAID

Les stratégies de la lutte anti vectorielle sont une approche de prévention de la transmission du paludisme. Les interventions visent à réduire le contact homme-vecteur. Ainsi, les cibles sont bien déterminées en relation avec les indicateurs et les données de base.

De 2013 à 2017, la CAID de prévention prévue au niveau des HTC n'a pas pu être réalisée régulièrement par faute de financement. Il faut cependant noter qu'en 2015, le pourcentage

de la population protégée par la pulvérisation intradomiciliaire était de 98,43 % soit 950 111 populations protégées au niveau des 100 communes cibles des HTC.

Avec l'appui des partenaires (USAID/PMI), des CAID de réduction de la transmission ont été effectués au niveau de 7 districts des HTC, 7 districts du Sud, 3 districts de l'Est et 5 districts du Sud-Est depuis 2012 avec un taux de couverture moyenne de 95%.

Il faut noter que des CAID de riposte ont été effectués dans les zones de HTC et du Sud-Ouest suite à une recrudescence.

Pour 2017, une CAID focalisée sera effectuée au niveau des 19 districts des Hautes Terres Centrales avec une rotation triennale des insecticides (Organophosphoré : Actellic CS300, Pyréthrinolde : Alphacyperméthrine).

Cependant, de grands défis devront être relevés pour le respect de la mise en œuvre de cette intervention. Il s'agit de la dépendance du financement aux bailleurs, de la limitation des zones d'intervention après recrudescence (CAID focalisée de riposte), de l'enclavement des zones ciblées et de la lourdeur logistique de mise en œuvre (transport de matériel, nombre élevé d'applicateur à recruter et à former etc.).

▪ *MID*

Les MID représentent l'une des interventions de prévention qui couvrent la grande majorité de la population à travers plusieurs canaux de distribution. Chez les groupes vulnérables regroupant les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, l'objectif de 88 % du PSN est presque atteint avec 80% de couverture en 2016.

Le taux d'utilisation est cependant relativement bas. En effet, la proportion de personnes utilisant une moustiquaire imprégnée d'insecticide n'est que de 68,2% (Rurale : 67,5% ; Urbain : 74,2%) et la proportion parmi les personnes disposant d'une MID est de 85,7 % (Masculin : 84,3% ; Féminin : 87,1%, Riches : 81,8% ; Pauvres : 86,7%) selon le MIS 2016. Il est donc nécessaire d'adopter de nouvelles méthodes de CCSC pour aller vers l'appropriation des MID.

La distribution des MID a été effectuée dans les 92 districts des zones endémiques où 88,4% de la population disposant d'une MID ont déclaré avoir dormi sous moustiquaire imprégnée contre 75,5% dans les zones non endémiques.

Afin de maintenir la couverture universelle, les autres canaux de distribution utilisés sont la distribution continue communautaire, la distribution de routine dans les formations sanitaires et le marketing social à un prix fortement subventionné (3.000 Ar/1 USD par MID).

Lors de sa mise en œuvre, la distribution des MID s'est heurtée à des difficultés, essentiellement liées à l'enclavement ou à l'insécurité de certaines zones, à la logistique d'acheminement, à la non fiabilité des données de dénombrement, à la surcharge de travail des personnels au niveau périphérique, à l'absence de supervision et de suivi à toutes les étapes de la distribution, au système de rapportage des données et à la dépendance au financement extérieur. Pour la distribution continue, les rares problèmes identifiés demeurent le rapportage des données sur les moustiquaires distribuées par les AC.

1.2.4. Prise en charge

Tableau 7 : Revue de la performance de la Prise en charge des cas de paludisme

Diagnostic du paludisme	2,13
Traitement du paludisme	2,75
Paludisme chez la femme enceinte (TPIg)	3,00
Gestion de l'approvisionnement du programme	1,50
Suivi de l'efficacité potentielle des médicaments	2,00
Pharmacovigilance	2,50
Supervision et renforcement de capacité en matière de PCP	1,86

La prise en charge des cas dans les formations sanitaires et au niveau communautaire constitue l'un des axes principaux de la lutte contre le paludisme à Madagascar basée sur les directives « 3T » de l'OMS, Test-Treat-Track.

Cette stratégie a comme objectifs de :

- (i) Prendre en charge correctement au moins 95% des cas de paludisme vus au niveau des formations sanitaires.
- (ii) Prendre en charge correctement au moins 80% de cas de paludisme au niveau communautaire dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes chez les enfants de moins de 5 ans.

Une confirmation par un TDR est recommandée dans les Centres de santé et les sites communautaires. Au niveau des centres hospitaliers un TDR est effectué pour les cas simple et un examen parasitologique (goutte épaisse et frottis mince) est requis pour les cas de paludismes graves. Malgré ceci, un très faible taux de demande d'examen microscopique en cas de suspicion de paludisme grave est constaté.

Le traitement du paludisme simple se fait par la combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine (ACT).

L'Artesunate - Amodiaquine (ASAQ) est le médicament de première intention tandis que l'Arthémeter Luméfantrine (AL) est utilisé en deuxième intention.

Pour les zones en pré-élimination, une dose unique de Primaquine est administrée avec l'ACT.

La prise en charge du paludisme grave quant à elle se fait par l'Artesunate injectable en première intention et par la quinine injectable en seconde intention.

Ces nouvelles directives de prise en charge ont été adoptées depuis 2013.

Le diagnostic et le traitement du paludisme sont gratuits dans les formations sanitaires publiques.

En général, les sites communautaires sont fonctionnels et contribuent à la prise en charge des enfants de moins de 5 ans. Cependant, certains sites enregistrent des ruptures fréquentes en intrants. Cette prise en charge communautaire ne prend pas encore en compte les enfants de plus de 5ans.

L'évaluation de l'efficacité médicamenteuse a été réalisée jusqu'à présent seulement sur l'ASAQ et la SP.

Plus de 90% des cas confirmés par TDR ont reçu un traitement adéquat, toutefois le nombre de cas rapporté reste faible par rapport au nombre de cas attendus. (Figure 13)

La PEC fait face cependant à de nombreux problèmes :

- Rupture de stock liée le plus souvent à l'acheminement des produits (niveau district vers CSB ou sites communautaires),
- Transfert des données (communautaires et secteur privé en général)
- Application des directives de prise en charge,
- Retard de recherche de soins.

Au niveau de la chaîne d'approvisionnement du secteur privé, les TDR et les ACT de qualité existent à prix subventionné. Mais le respect effectif de la politique de prise en charge n'est pas encore satisfaisant.

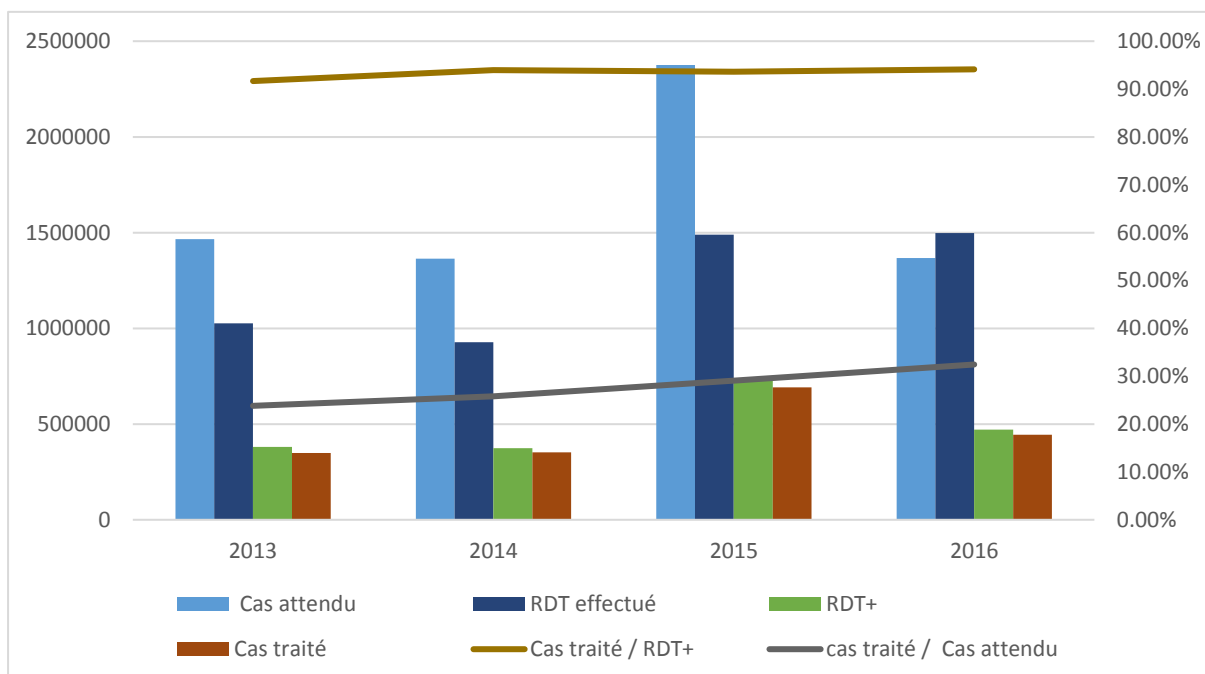


Figure 13: Évolution de la prise en charge des cas de paludisme depuis 2013- 2016.
(Source : SNIS)

1.2.5. Prévention du paludisme chez les femmes enceintes

Le Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte a été introduit à Madagascar en 2004. Le PSN actuel a pour objectif d'amener au moins 80% des femmes enceintes à observer les trois doses de TPI dans les 93 districts en phase de contrôle. Cette cible n'est pas encore atteinte et de nombreux efforts restent à faire.

Depuis 2013, la couverture en TPI 1 varie entre 34% et 57% parmi les femmes vues en CPN 1. En 2016, une tendance à une diminution a été constatée due essentiellement à une longue rupture en Sulfadoxine pyriméthamine (SP). Le TPI 3, introduit en 2015 dans le pays selon les recommandations de l'OMS reste encore très faible, le taux de couverture a été de 17% en 2016 parmi les grossesses attendues.

Il a été aussi constaté une diminution progressive de la couverture des femmes enceintes en MID depuis 2013.

Ces deux facteurs expliquent probablement l'augmentation du nombre de femmes enceintes testées positives entre 2015 et 2016 (figure 14).

Par ailleurs, l'analyse de la performance de TPI montre des taux de couvertures faibles, alors qu'il a été observé une augmentation du nombre de femmes enceintes vues en CPN entre 2013 et 2016.

Il faut noter d'autre part que c'est dans les strates à incidence haute que les taux de TPI 1 les plus faibles ont été retrouvés (figure 15).

Tableau 4 : Évolution de la couverture du TPI

Années	2013	2014	2015	2016
Couverture TPI 1 par rapport CPN 1	34 %	35 %	57 %	-
Couverture TPI 2 par rapport CPN 1	23 %	21 %	42 %	-
Couverture TPI 3 par rapport CPN 1	-	-	16 %	25 %

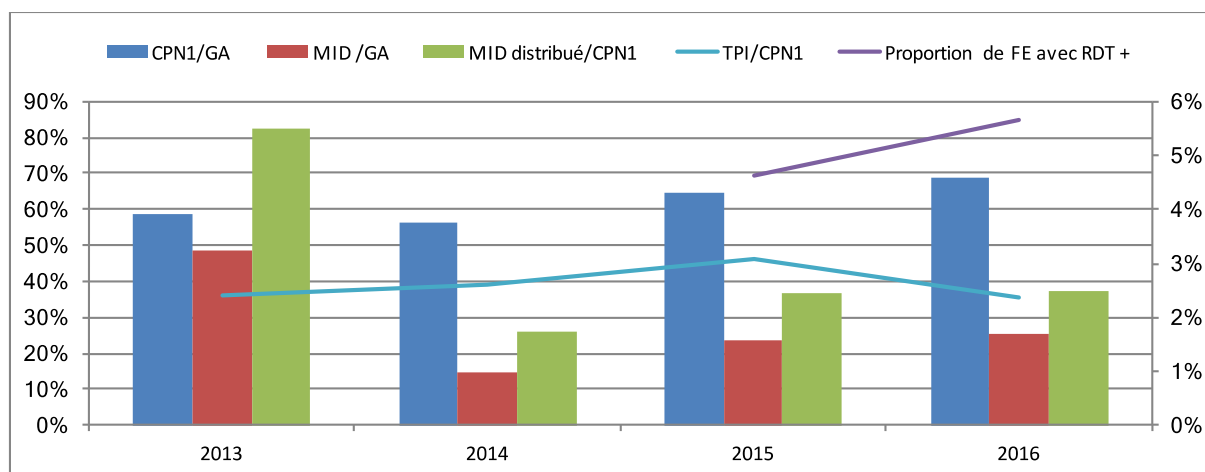


Figure 14: Évolution du taux de CPN, TPI et distribution des MID chez les femmes enceintes entre 2013-2016. (Source : SNIS)

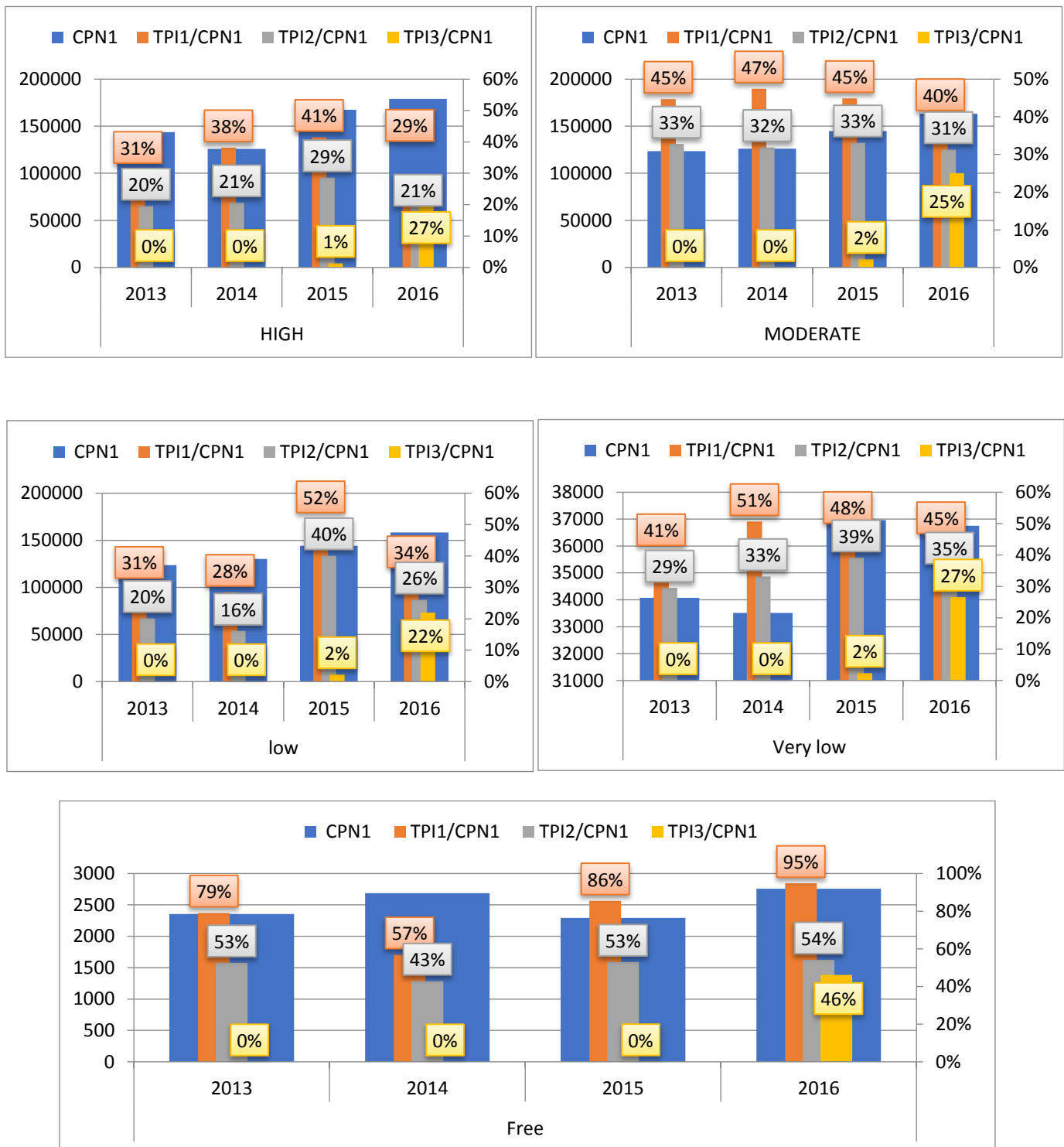


Figure 15: Évolution des taux de CPN, TPI 1-2-3 selon les strates;(a) high, (b) moderate, (c) low, (d) very low, (e) free.

(Source : SNIS)

Les défis à relever pour l'amélioration de la couverture du TPI chez les femmes enceintes restent multiples. Il s'agit entre autres de :

- La remise à niveau des prestataires avec la formation d'un deuxième prestataire en TPI au niveau de chaque structure qui offre ce service,
- La disponibilité permanente des intrants à travers l'implication du secteur privé dans l'amélioration de l'acheminement sur les derniers Kilomètres,
- Le renforcement du système de suivi/évaluation de la consommation et de la disponibilité des intrants,
- La mise en œuvre progressive du TPI communautaire,
- Le renforcement de la sensibilisation des prestataires et des bénéficiaires,
- La recherche des perdues de vue.

1.2.6. Gestion du Programme

Tableau 8 : Revue de la performance de la Gestion du Programme

Place de la lutte contre le paludisme dans le Programme national de développement	0,20
Place de la lutte contre le paludisme dans le Système de santé	3,00
Adéquation de l'organisation et de la gestion du programme national de lutte contre le paludisme	2,06

Le programme est ancré au sein du Ministère de la Santé Publique. Avec l'engagement des leaders politiques et la contribution de multiples partenaires, l'atteinte des cibles définies dans cette unité a connu des progrès.

Le Partenariat Roll Back Malaria national est actif et appuie le programme dans les efforts de coordination et d'harmonisation, dans les orientations stratégiques, les mobilisations des ressources ainsi que dans le suivi de la mise en œuvre. Ceci sur la base de la complémentarité. Le Programme dispose d'une infrastructure lui permettant de mener à bien ses activités selon les normes requises.

L'unité de coordination de la DLP comprend 41 cadres techniques dont 17 Spécialistes en Santé Publique, 3 Épidémiologistes, 7 Paludologues, 8 Entomologistes, 2 Spécialistes en CCSC, et 4 Techniciens de laboratoire et du personnel de soutien (assistants administratifs et financiers, chauffeurs, techniciens de surface, gardiens etc.). Elle est constituée de cinq services : Prise en charge, Lutte Antivectorielle, Laboratoire, Communication, Suivi et Évaluation des performances.

Il est retenu de scinder le service de laboratoire en deux entités (Parasitologie, Entomologie) au cours de la mise en œuvre du nouveau plan stratégique.

Au niveau périphérique, le programme ne dispose que d'un point focal au niveau de chacun des 114 districts sanitaires et des 22 régions. Il paraît urgent de renforcer ces points focaux au niveau régional avec un entomologiste et un responsable GAS au moins.

L'approche de la mise en œuvre tend vers le renforcement de la coordination intra sectorielle (avec les autres départements du MSANP) et extra sectorielle représentée par les partenaires regroupés au sein du comité RBM.

Il faut noter par ailleurs que l'insuffisance des ressources humaines, logistiques et financières entrave la performance du programme et rend la mise en œuvre de la stratégie difficile.

Une assistance technique est en place pour renforcer la coordination de la gestion logistique et le suivi stratégique des financements du programme.

Les procédures d'exécution budgétaire devront être aussi améliorées avec l'appui d'une agence fiscale.

1.2.7. Suivi évaluation

Tableau 9 : Revue de la performance du Suivi Évaluation

Suivi de programme	2,00
Évaluation de programme	2,80
Recherche opérationnelle	1,50
Stockage et utilisation de données et site web	2,00

Le programme dispose d'un plan de suivi évaluation couvrant la période 2013-2017 et plus de la moitié (53%) des activités planifiées dans ce plan ont été réalisées dont :

- (i) La mise en place du système de surveillance électronique intégrée,
- (ii) La mise à jour et diffusion des grilles de supervision,
- (iii) La revue mensuelle des qualités des données du Programme au niveau central avec toutes les directions concernées du Ministère,
- (iv) Les enquêtes périodiques,
- (v) La MTR en 2014 et Revue Finale du Programme en 2017,
- (vi) La mise en place des outils de gestion et de collecte de données au niveau des points de prestation de service,
- (vii) La publication de la première édition de Bulletin trimestriel d'information sur le Paludisme en 2017,
- (viii) La supervision intégrée périodique à tous les niveaux du système de santé,
- (ix) La formation des formateurs centraux et régionaux en Suivi et Évaluation,
- (x) Le déclenchement des processus et des activités pour la mise en place du système DHIS2 national.

Malgré toutes ces interventions, certains défis sont à relever, tels que :

- Le faible taux de rapportage et de promptitude des données y compris les données communautaires,
- Le retard de prise de décision à tous les niveaux face aux situations de recrudescence,
- La non disponibilité des procédures d'archivage des rapports de supervision et des investigations,
- Le retard de déblocage des fonds et la lourdeur des procédures administratives.

1.2.8. Surveillance et réponse aux épidémies

Tableau 10 : Revue de la surveillance et de la réponse aux épidémie

Système de PRE de paludisme fonctionnel	2,25
Réponse efficace aux épidémies de paludisme et aux urgences	2,33
Plan de surveillance, de suivi et d'évaluation	2,67
Capacité de surveillance, de suivi et d'évaluation	2,75
Surveillance	2,38
Sites sentinelles de surveillance	2,20

En collaboration avec plusieurs entités du Ministère de la Santé et des partenaires, le programme s'est fixé comme objectif la détection et la gestion correcte de la totalité des épidémies.

Les outils de gestion des épidémies sont disponibles au niveau des formations sanitaires avec un seuil épidémiologique bien défini et une courbe de surveillance hebdomadaire.

Actuellement, la surveillance se fait hebdomadairement à partir des données collectées par l'Institut Pasteur de Madagascar à travers les sites sentinelles et les données de la surveillance électronique intégrée qui ne concerne que 29 districts sanitaires.

Les zones à potentiel épidémique sont bien identifiées. Un bulletin de la situation épidémiologique du paludisme est partagé toutes les semaines à tous les partenaires RBM ainsi que les régions et les districts concernés par la situation de recrudescence, pour permettre des actions de riposte concertées.

Les alertes sont notifiées par les AS et envoyés au niveau des DS. La vérification, les investigations et les ripostes sont attribués aux DS avec appui éventuel du niveau régional et le niveau central. Ainsi, 80% des alertes ont été vérifiées en 2016 et 100% des alertes confirmées ont été maîtrisées suivant le protocole national au cours de l'investigation des urgences.

L'analyse de l'évolution des alertes montre une prédominance dans le Sud-Ouest de Madagascar.

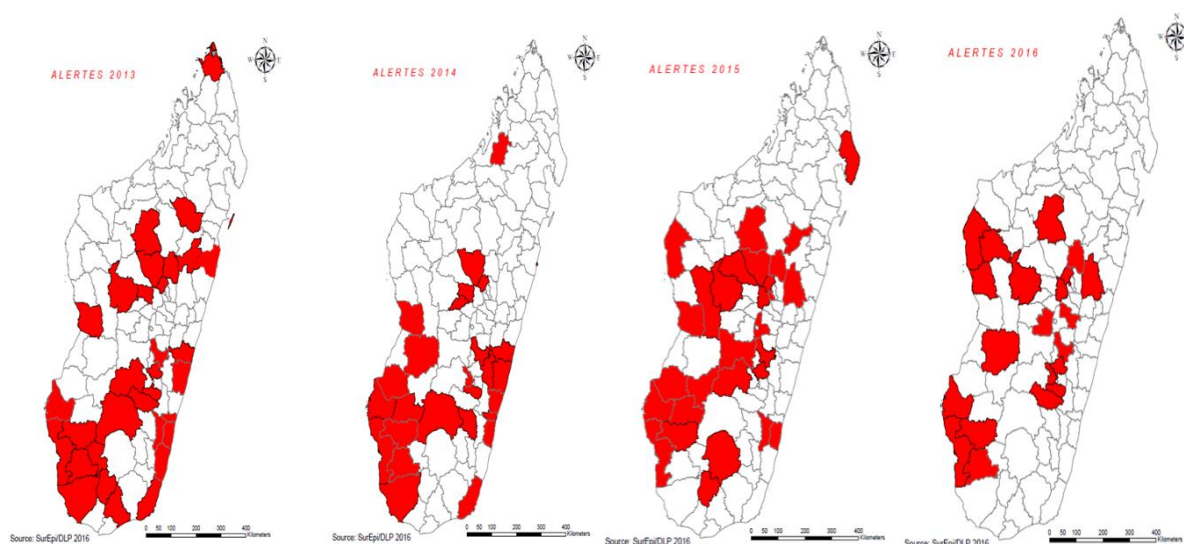


Figure 16: Evolution de la répartition géographique de l'alerte notifiée depuis 2013 à 2016.
(Source : SNIS)

1.2.9. Gestion et Approvisionnement du Stock (GAS)

Tableau 11 : Revue de la performance du GAS

Gestion de l'approvisionnement du programme

1,5

La gestion de l'approvisionnement a pour objectif d'assurer une disponibilité permanente des moyens diagnostiques et thérapeutiques dans au moins 95% des formations sanitaires.

Les canaux d'approvisionnement des intrants antipaludiques ne sont pas encore harmonisés. Les circuits d'achat des principaux partenaires financiers du programme restent distincts. Cependant, tous les intrants sont stockés et acheminés par la centrale d'achat SALAMA jusqu'au niveau des districts. L'acheminement des intrants du district vers les CSB et les sites communautaires reste encore à améliorer.

Le nombre de structures sanitaires n'ayant pas signalé une rupture de stocks reste toujours en deçà des cibles, même si la proportion est passée de 25% à 89,86% de 2013 à 2016 concernant les ACT (Figure 17).

L'estimation des besoins se fait à partir des données du rapport périodique des activités qui notifie la consommation et les stocks des formations sanitaires et sites communautaires.

Le programme a mis en place depuis 2011, un comité de travail afin d'estimer les besoins annuels en intrants. Ce comité se réunit deux fois par an. L'atelier de quantification de 2017 permettra de définir les besoins en intrants pour le prochain PSN.

Les principaux problèmes identifiés sont liés à l'incomplétude, la promptitude et à la qualité des données de GAS. Mais surtout le problème d'acheminement des intrants entre les Districts Sanitaires et les Formations sanitaires exposant aux ruptures fréquentes.

Le renforcement de la collaboration entre DLP et ses partenaires (FM, USAID/PMI, UCP, PSI, SALAMA, Secteur privé etc...) permettra d'améliorer l'acheminement des intrants jusqu'aux bénéficiaires.

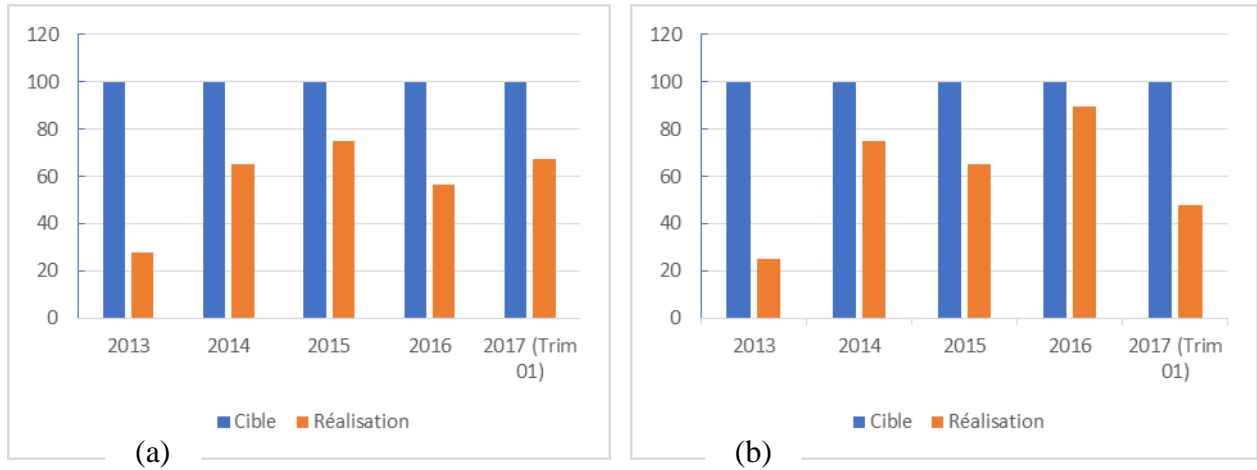


Figure 17: Courbe d'évolution des pourcentages des établissements sanitaires n'ayant pas déclarés des ruptures de stock en intrant ; (a) SP, (b) TDR et ACT.
(Source : SNIS)

1.2.10. Communication pour un Changement Social de Comportement (CCSC)

Tableau 12 : Revue de la performance d'CCSC

Communication pour un changement de comportement et mobilisation communautaire

1,5

La réussite des stratégies de la lutte contre le paludisme repose surtout sur le changement de comportement de la population. La CCSC est une stratégie de soutien qui accompagne les stratégies de prévention et de contrôle pour ce changement de comportement.

Les stratégies de proximité s'avèrent être plus efficaces pour atteindre les cibles. Les interventions sur la CCSC et la mobilisation communautaire sont mises à échelle dans toute l'île avec un niveau de mise en œuvre peu satisfaisant. Peu d'activités d'évaluation ont été cependant menées.

D'autres défis restent à relever dont l'harmonisation des supports CCSC, le renforcement du suivi des Agents Communautaires, le faible niveau d'éducation des AC, le suivi régulier de la mise en œuvre des activités CCSC, l'implication des tradipraticiens et matrones sur la recherche de soins des populations.

Par ailleurs le faible accès de la population aux mass média (faible possession de radio et de télé) constitue encore un obstacle à la mise en œuvre des interventions de communications.

1.2.11. Financement de la lutte

En 2016, la lutte contre le paludisme était financée à plus de 95% sur des ressources extérieures, principalement par President's Malaria Initiative (PMI) et le FM. D'autres financements extérieurs provenaient de la Principauté de Monaco, OMS, UNICEF, Banque Mondiale.

La contribution effective du gouvernement était de 5%, affectée essentiellement aux ressources humaines et au fonctionnement. Les interventions des bailleurs sont bien cartographiées par zone et par domaine de prestation de services. De plus, le gouvernement a consenti un montant de USD 9.835.000 comme contrepartie financière à la subvention du NMF1 dont USD 5.388.369 pour la composante paludisme.

Pour la période de 2013 - 2017, le budget du PSN était de **289 000 000** USD dont 44 000 000 USD pour la surveillance épidémiologique soit 15,22% du budget Total. La CAID s'élève à 16,3% du budget tandis que les MID représentent 19,2% et la prise en charge à 8,8%.

Certaines interventions essentielles ont pu être réalisées grâce aux bons taux de mobilisation et d'exécution des financements notamment la PEC (les tests de diagnostic rapide et les combinaisons thérapeutiques à base d'Artémésinine), le traitement préventif intermittent (TPI) des femmes enceintes, la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent dans les zones en pré élimination et lors des ripostes et la distribution des MILDA.

Le taux d'exécution budgétaire (71,42%) a été globalement satisfaisant, particulièrement avec le PMI et la Chine (100%).

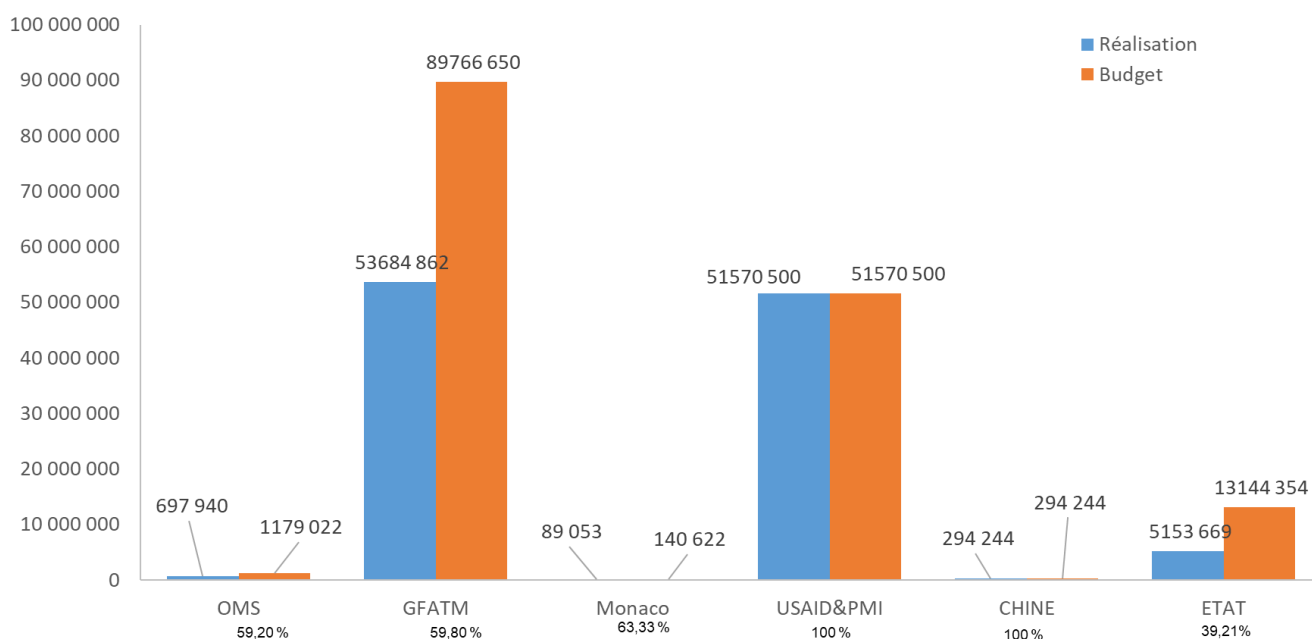


Figure 18. Taux de réalisation par partenaire

TROISIEME PARTIE

PLAN STRATEGIQUE 2018-2022



*Nous,
Ministère de la Santé Publique
Et les Partenaires du Programme National de Lutte contre le Paludisme...*

... Prenons l'engagement de poursuivre la mise à échelle des interventions et de mettre en œuvre les recommandations de la Revue du Programme pour une couverture universelle et un impact durable, avec pour objectif prioritaire, l'élimination du paludisme à Madagascar.

Comité RBM, Madagascar

1.3.VISION

Madagascar sans paludisme.

1.4.DEFIS DU PLAN STRATEGIQUE

Les défis du plan stratégique permettront une meilleure réorientation politique et stratégique. Ils sont articulés autour de trois grands axes :

La nouvelle vision des décideurs du Ministère de la Santé Publique qui sera à la base du leadership et de l'impact transformationnel. Cette nouvelle vision permettra une meilleure orientation des interventions du programme. En effet, un comité de pilotage et un comité d'exécution sont mis en place au sein du Ministère. Ils tiennent le rôle de catalyseur de changement et permettra de définir les interventions prioritaires afin d'élaborer un cadre d'investissement.

L'approche intégrée : Il s'agit de l'intégration des activités des différents programmes au niveau du Ministère. Afin de capitaliser les ressources et d'éviter le chevauchement d'une même activité par des personnes de plusieurs Directions voir d'une même Direction envoyée au même moment et au même endroit. Elle inclut aussi un "Capacity Building" permanent.

La responsabilisation du gouvernement : Les programmes du Ministère de la Santé sont dépendant des bailleurs. Le budget de l'État attribué à la Santé ne cesse de diminuer. Les approches suscitées permettront, en premier lieu de prioriser les interventions et d'établir un cadre d'investissement dans l'objectif à moyen et à long terme de « ne demander aux partenaires que ce que le pays ne peut pas faire ». Ce cadre d'investissement bien ficelé permettra d'effectuer un plaidoyer au niveau des différents responsables afin d'obtenir l'engagement, la contribution et l'investissement de l'État dans la lutte contre le paludisme.

La prise en charge de ces défis lors de la mise en place de ce nouveau plan stratégique permettra à la DLP de renforcer :

1. La prise en charge précoce de tous les cas simples dans tous les secteurs et jusqu'au niveau des sites communautaires et la disponibilité permanente des intrants en paludisme,
2. La prise en charge adéquate et universelle de tous les cas graves afin d'aboutir à zéro décès lié au paludisme,
3. La protection effective des femmes enceintes, des enfants et des populations clés par des moyens de prévention et de prise en charge efficaces,
4. Le monitoring continu de la distribution des parasites et des changements de comportements du vecteur au niveau de toutes les strates, ceci afin d'adapter continuellement la lutte anti vectorielle,
5. L'analyse périodique des données de routine et de surveillance et la diffusion des informations clés pour prise de décision à tous les niveaux,

6. La décentralisation effective de la lutte contre le paludisme au niveau des régions et districts (budget régional dédié à la lutte contre le paludisme, renforcement des équipes régionales à travers le recrutement d'épidémiologistes, d'entomologistes, d'experts GAS et appui à la mobilisation des ressources des plans régionaux).

1.5.PRINCIPES DIRECTEURS

Le succès de la lutte contre le paludisme à Madagascar dépendra essentiellement des principes directeurs suivants :

- (1) Une approche intégrée, complémentaire et multidimensionnelle fondée sur la collaboration entre les différents secteurs et partenaires et la coordination à tous les niveaux,
- (2) Un engagement et une mobilisation de la communauté qui seront renforcés par la santé communautaire,
- (3) La lutte contre les inégalités sociales à travers le renforcement du partenariat public-privé et l'offre de services particuliers aux populations clés.

1.6.OBJECTIFS GENERAUX

1. Réduire à zéro la mortalité liée au paludisme d'ici 2022.
2. Amener le nombre de districts en phase de pré-élimination de 3 à 64 d'ici 2022.
3. Amener le nombre de districts en phase d'élimination de 5 à 13 d'ici 2022.

1.7.OBJECTIFS SPECIFIQUES

Pour atteindre ces objectifs généraux, douze (12) objectifs spécifiques sont définis à travers cinq objectifs stratégiques :

A. Renforcer la Gestion et la Coordination du Programme

1. Renforcer les capacités managériales et opérationnelles à tous les niveaux.
2. Assurer une disponibilité permanente en médicaments et en produits de lutte contre le paludisme dans tous les secteurs et à tous les niveaux.

B. Assurer la protection de toute la population à travers les interventions de prévention les plus efficaces

3. Protéger au moins 90 % de la population des zones ciblées par la CAID et les MID.
4. Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI conformément aux directives nationales.

C. Prendre en charge correctement tous les cas de paludisme simples et graves

5. Diagnostiquer au moins 95% des cas suspects de paludisme par TDR ou Goutte épaisse selon les directives nationales.
6. Traiter au moins 95% des cas confirmés de paludisme selon les directives nationales.

D. Renforcer le cadre de communication et de mobilisation sociale

7. Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la prévention et à la prise en charge du paludisme.

E. Améliorer le cadre de surveillance

8. Détecter dans la semaine 100% des épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce et contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection.
9. Dans les zones de pré-élimination, renforcer le système de surveillance afin de cartographier les groupes de population à forte incidence et les sources de l'infection.
10. Dans les zones d'élimination, mettre en place un système performant d'investigation des cas confirmés.

F. Améliorer le cadre de suivi évaluation

11. Intégrer les données du paludisme dans le DHIS2.
12. Maintenir à au moins 90% le taux de promptitude et de complétude des rapports de toutes les structures sanitaires.

1.8.AXES STRATEGIQUES ET ENJEUX

Au cours de la période 2018-2022, le Ministère de la Santé Publique et son réseau de partenaires relèveront les défis à travers huit axes stratégiques et onze domaines de prestations de services.

- **Axe Stratégique 1** : Renforcement de la gestion et de la coordination du Programme.
 - DPS 1 : Gestion du Programme

- **Axe Stratégique 2** : Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock.
 - DPS 2 : Gestion Approvisionnement et Stock (GAS)

- **Axe Stratégique 3** : Consolidation du cadre prévention.
 - DPS 3 : Gestion Intégrée des Vecteurs (GIV)
 - DPS 4 : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MID)
 - DPS 5 : Aspersions Intra Domiciliaire (AID)
 - DPS 6 : Traitement Préventif Intermittent (TPI)

- **Axe Stratégique 4** : Renforcement du cadre de prise en charge.
 - DPS 7 : Prise en Charge

- **Axe Stratégique 5** : Amélioration des services offerts des populations clés
 - DPS 8 : Services spécifiques des Populations Clés

- **Axe Stratégique 6** : Renforcement du cadre de communication
 - DPS 9 : Communication et Mobilisation sociale

- **Axe Stratégique 7** : Amélioration du cadre de surveillance.
 - DPS 10 : Surveillance et Riposte

- **Axe Stratégique 8** : Amélioration du cadre de suivi évaluation.
 - DPS 11 : Suivi et évaluation

AXE STRATEGIQUE 1

RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME

1.8.1. Renforcement de la gestion du Programme

DOMAINE DE PRESTATION 1

GESTION ET COORDINATION

Renforcer les capacités institutionnelles, techniques et managériales à tous les niveaux.

□ Enjeux	□ Orientations
Réorganisation de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux afin de bien coordonner la mise en œuvre des activités.	La mise en œuvre des activités prévues dans le PTA à tous les niveaux, est réalisée à 95% avec les compétences nécessaires et les documents techniques mis à jour. L'identification de goulot d'étranglement avec des interventions correctrices et réorientation stratégique.

□ **Interventions prioritaires**

Cet axe stratégique concerne surtout les approches visant à améliorer la gestion de programme, aussi bien au niveau central que périphérique afin d'atteindre les objectifs spécifiques du programme. La disponibilité des ressources techniques sera renforcée afin d'améliorer la mise en œuvre des activités.

- Réactualisation des documents cadres de la lutte contre le paludisme incluant le Plan Stratégique 2018 - 2022, le Plan de Suivi Évaluation, les nouvelles normes et procédures seront disséminés et seront utilisés comme documents de base à tous les niveaux.
- Renforcement du partenariat : un plaidoyer sera mené auprès des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et auprès du gouvernement pour une meilleure coordination surtout dans la prise en charge de l'acheminement des intrants du niveau district jusqu'au niveau CSB et communautaire.
- Renforcement de l'unité de coordination du programme :
 - Organisation d'un audit institutionnel et organisationnel de la DLP afin de mieux informer la réorganisation du programme.
 - Réorganisation interne du programme afin d'avoir un maximum de rentabilité/efficacité et éviter toute surcharge de travail du chef de service.

- Restructuration du cadre de suivi en renforçant les équipes régionales sur la mise en œuvre des activités programmatiques. Quatre coordonnateurs seront nommés pour suivre les activités selon les niveaux d'endémicité.
- Afin d'harmoniser et de coordonner la mise en œuvre des activités prévues dans l'actuel Plan Stratégique, des revues de programmes seront envisagées pour détecter à temps les goulots d'étranglement et apporter des interventions correctrices dont les revues semestrielles avec les partenaires et les 22 RPR, les revues semestrielles avec les RPR et les RPD de chaque Région, les revues annuelles avec toutes les parties prenantes, les revues à mi-parcours et finale du programme.
- Renforcement de la capacité de gestion à tous les niveaux : La capacité des Responsables Paludisme Régionaux (RPR) et les Responsables Paludisme Districts (RPD) en matière de Gestion de l'Approvisionnement et des Stock (GAS), en Entomologie, en Épidémiologie et en Suivi Évaluation. Un plan de formation sera ainsi élaboré. Ce développement de capacité sera réalisé durant la première année de la mise en œuvre du nouveau Plan Stratégique.
- Décentralisation des activités du programme conditionné par :
 - La disponibilité des ressources humaines, financières et logistiques au niveau des services déconcentrés (région et district) pour qu'ils puissent assumer leurs responsabilités, de même au niveau des Centres de Santé de Base (CSB) et au niveau des Sites Communautaires.
 - Les ressources humaines au niveau des CSB, en priorisant les zones enclavées, doivent inclure 1 chef CSB, 1 responsable CPN et 1 responsable de PHAGECOM. La situation actuelle au niveau du MSANP montre que 1 148 CSB sur 2 653, soit 34 % des CSB, sont tenus par un seul agent de santé. Ce manque de personnel entrave la réalisation des paquets d'activités y compris la lutte contre le paludisme. Un plaidoyer sera donc mené par le MSANP auprès du Ministère des Finances et du Budget. Les agents de santé recrutés et travaillant au niveau des CSB tenus par un seul agent de santé s'engagerait d'une manière quadriennale suivant les directives du Ministère de la Santé Publique et avec un plan de carrière bien précis.
 - La couverture des sites communautaires fonctionnels : pour avoir une couverture nationale de prévention et de prise en charge précoce du paludisme des enfants moins de 5 ans au niveau communautaire, les 16 346 sites communautaires, en plus des sites appuyés par l'USAID, doivent être fonctionnels. Ceci nécessite la dotation de lot de démarrage et des outils de gestion, ainsi que la mise à disponibilité continue des intrants au niveau des sites communautaires.
 - Renforcement de l'intégration des activités communautaires : supervision des AC, intégration des données communautaires dans le SNIS et quantification des besoins en intrants par les CSB.

□ **Résultats stratégiques 1**

Résultat Stratégique 1 - RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME

1.1	Le PSN 2018-2022 est disponible chez tous les acteurs de la lutte (Ministère, autres directions, partenaires) et à tous les niveaux avant Décembre 2018
1.2	Un Audit institutionnel et organisationnel réalisé avant Décembre 2018
1.3	Les recommandations de l'audit seront mises en œuvre avant fin 2019
1.4	Le plan d'investissement du PSN est disponible avant Juin 2018
1.5	Le manuel des normes et procédures à jour est disponible chez tous les acteurs de la lutte (Ministère, autres directions, partenaires) et à tous les niveaux avant fin Décembre 2018
1.6	Quatre coordonnateurs responsables du suivi de la mise en œuvre des activités programmatiques au niveau des 4 zones d'endémicité seront nommés avant juin 2018
1.7	Le laboratoire national est réorganisé en deux services (Parasitologie et Entomologie) avant juin 2018
1.8	Les 22 RPR sont formés en GAS, en entomologie et en épidémiologie en Juin 2018
1.9	Les 113 RPD sont formés en GAS, en entomologie et en épidémiologie avant Septembre 2018
1.10	Deux agents du laboratoire d'entomologie (1 entomologiste et/ou 1 technicien entomologiste) participent au trimestre 2 des années 2019 et 2020 à des échanges d'expériences avec un pays endémique du paludisme en matière de surveillance entomologique
1.11	Quatre entomologistes participent annuellement à une réunion scientifique internationale en T4 de chaque année
1.12	Deux techniciens entomologistes sont formés sur les études moléculaires et métaboliques des mécanismes de résistance des vecteurs aux insecticides
1.13	Un entomologiste et un gestionnaire de données ont participé à un stage d'imprégnation sur l'évaluation des impacts du plan national de gestion de la résistance
1.14	Les 5 équipes d'entomologie (5 entomologiste + 10 techniciens d'entomologie) et 3 agents d'insectarium sont formés pour le suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides, l'analyse des mécanismes et le contrôle de l'efficacité des interventions anti-vectorielles (MID, CAID)
1.15	Un responsable qualité du laboratoire d'entomologie est recrutée
1.16	Un responsable de la gestion des données est recruté pour la gestion et l'analyse des données entomologiques
1.17	Les infrastructures du laboratoire d'entomologie de la DLP sont réhabilitées le premier semestre de l'année 2019
1.18	Les matériels du laboratoire et les matériels de terrain des 5 équipes d'entomologie sont entretenus une fois par an
1.19	Présence permanente d'un point focal paludisme dans les 22 régions et les 114 districts
1.20	Deux revues semestrielles sont tenues tous les ans avec les partenaires et les 22 régions
1.21	Deux revues semestrielles sont tenues tous les ans avec les 22 RPR et les 114 RPD
1.22	Une Revue par an est tenue avec les PTF et les autres directions du MSANP

AXE STRATEGIQUE 2

AMELIORATION DE LA GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT ET DU STOCK

1.8.2. Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock

DOMAINE DE PRESTATION 2

GESTION APPROVISIONNEMENT ET STOCK (GAS)

Disponibilité permanente en médicaments et en produits de lutte contre le paludisme pour au moins 90% des structures sanitaires.

▫ Enjeux	▫ Orientations
Quantification et émission des commandes à tous les niveaux en respectant les normes et le délai.	Renforcement de capacité en gestion d'intrants à tous les niveaux.
Acheminement et livraison des intrants jusqu'au niveau communautaire.	

▫ **Interventions prioritaires**

- **Quantification des intrants :**
 - Maintenir une quantification et une revue pour mise à jour par an,
 - Sensibiliser les AC, CSB, SDSP à envoyer à temps les rapports, les commandes par trimestre pour les SDSP accessibles, par semestre pour les SDSP enclavés, tous les deux mois pour les CSB en respectant le calendrier d'approvisionnement.
- **Acquisition des intrants au niveau national :**
 - Etablir les spécifications techniques et orienter le choix sur des fournisseurs pouvant répondre aux besoins du pays au niveau quantité, qualité, délai de livraison, documentation administrative,
 - Prévoir le délai imparti pour les procédures administratives,
 - Procéder à l'acquisition des intrants par le Programme pour les produits antipaludiques et par la centrale d'achat pour les produits FANOME.
- **Planification et régularité de l'acheminement et de la livraison des intrants.**
- **Stockage :**
 - Au niveau SDSP, stocker les intrants à la Pha-G-Dis pour être gérés par le prestataire,
 - Au niveau CSB, stocker les intrants à la Pha-Ge-Com pour être gérés par le comité de gestion communautaire,
 - Assurer le suivi des normes de stockage,
 - Mettre à jour les fiches de stock.

- Distribution :
 - Du niveau central à la Pha-G-Dis : pour une meilleure distribution, les commandes doivent être parvenues à la DLP au préalable afin de pouvoir respecter le planning cyclique de SALAMA,
 - De la Pha-G-Dis à la Pha-Ge-Com : les CSB récupèrent les intrants à la Pha-G-Dis moyennant un frais d'acheminement de ces intrants,
 - De la Pha-Ge-Com aux AC : les AC récupèrent les intrants au CSB moyennant un frais d'acheminement de ces intrants.

 - Suivi des Commandes et de la consommation :
 - Supervision formative :
 - Norme de stockage,
 - Respect du Min /Max suivant le niveau,
 - Calcul de CMM (Consommation Moyen Mensuel),
 - Rappel sur le respect du planning cyclique de SALAMA,
 - Intégration de la gestion des intrants,
 - Gestion de stock,
 - Seuil d'alerte.
 - Au niveau SDSP, suivi des PVRD.
- **Résultats stratégiques 2**

Résultats Stratégiques 2 - AMELIORATION DE LA GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT ET DU STOCK

2.1	Une quantification et une revue de mise à jour réalisées annuellement
2.2	Commandes trimestrielles des SDSP accessibles et commandes semestrielles des SDSP enclavés reçues délais
2.3	Tous les intrants de santé antipaludiques stockés à SALAMA pour le niveau central
2.4	Tous les SDSP ont reçu leurs intrants conformément à leur commande 15 jours après l'envoi par la centrale d'achat
2.5	Tous les intrants de santé antipaludiques stockés au niveau des Pha-G-Dis pour le niveau district
2.6	Tous les CSB ont reçu leurs intrants conformément à leur commande 15 jours après l'envoi
2.7	Tous les intrants de santé antipaludiques stockés au niveau des Pha-Ge-Com pour le niveau CSB
2.8	Tous les intrants commandés par les AC sont acheminés jusqu'au niveau des sites communautaires
2.9	Les besoins quantifiés pour les zones d'accès difficile périodiques (période de pluies) sont livrés durant la période d'accessibilité

AXE STRATEGIQUE 3

CONSOLIDATION DU CADRE DE PREVENTION (GIV, MID, CAID, TPI)

1.8.3. Consolidation du cadre de prévention (GIV, MID, CAID, TPI)

DOMAINE DE PRESTATION 3

GESTION INTEGREE DES VECTEURS (GIV)

Protéger au moins 90% de la population avec la CAID et les MID à travers une approche de mise en œuvre et de gestion intégrée des vecteurs

▫ **Enjeux**

Prise en compte du processus et du plan GIV pour assurer la mise en œuvre et la gestion intégrée des vecteurs.

▫ **Orientations**

Stratégie basée sur la gestion intégrée des vecteurs : CAID, MID, gestion des gîtes larvaires, aménagement environnemental, protection individuelle et lutte biologique.

Implication des acteurs et niveaux décentralisés dans la mise en œuvre.

▫ **Interventions prioritaires**

Le pays s'est engagé à mener une lutte intégrée des vecteurs incluant ceux du paludisme depuis 2016. Un comité composé du Ministère de la Santé Publique, du Ministère de l'environnement, du Ministère de l'Agriculture, du Ministère de la Population, Ministère de l'Education Nationale et du Ministère de la Décentralisation sera érigé au niveau national.

La mise en œuvre de la GIV implique plusieurs secteurs. Cette stratégie nécessite une collaboration multisectorielle forte. Ainsi, un plaidoyer auprès de tous les acteurs est l'une des activités de base pour la lutte intégrée des vecteurs. Dans le cadre du PSN 2013-2017, les activités liées à la lutte antivectorielle menées par le programme se sont concentrées uniquement sur la CAID et le MID. Dans ce nouveau PSN 2018-2022, cet axe stratégique va renforcer la lutte antivectorielle par la GIV. La GIV sera mise en œuvre dans les zones d'élimination afin de prévenir la résurgence de l'épidémie et sera étendue progressivement selon l'augmentation du nombre de district en élimination.

Une élaboration d'un plan de gestion intégrée des vecteurs permettant d'identifier les besoins, les moyens et les possibilités existantes pour la lutte anti vectorielle est prévu en 2018. Ce plan inclura les stratégies et les plans nationaux de gestion intégrée des vecteurs pour toutes les maladies à transmission vectorielle.

Afin de renforcer la lutte anti vectorielle, une formation en Gestion Intégrée des Vecteurs sera réalisée à l'endroit des techniciens de District, des chefs CSB, des AC, des représentants des autres secteurs locaux pour mettre en place un mécanisme intersectoriel opérationnel pour la collaboration et la coordination multisectorielle. Il existe différents types de lutte intégrée adaptée selon la stratification.

- **Gestion de l'environnement** : réduction des gîtes larvaires (assainissement environnemental, lutte anti larvaire), adaptation de l'habitat des vecteurs (sensibilisation pour la fermeture de toiture des maisons...). Elle est effectuée à titre pilote au niveau des districts où les gîtes larvaires sont peu nombreux, fixes, faciles à contrôler et repérables.
- **Lutte mécanique** : poser un écran anti moustique aux fenêtres et aux portes. Elle est réalisée dans les zones de pré élimination.
- **Lutte biologique** : introduction du poisson larvifère et autres prédateurs. Cette lutte n'est réalisable que dans les gîtes larvaires bien déterminés et faciles à contrôler.
- **Protection individuelle** : utilisation des produits répulsifs. Elle dépend des données anthropologiques et entomologiques. Mais en général, elle s'effectue dans les zones très vulnérables et vulnérables.
- **Lutte chimique** : **CAID** (dans les zones de préélimination), **MID** (dans les zones de contrôle).

Pendant la mise en œuvre des stratégies de lutte, une supervision des activités de l'équipe centrale tous les 6 mois sera planifiée afin de mesurer l'impact de la lutte intégrée de même qu'une réunion d'évaluation annuelle de tous les acteurs de la GIV.

□ Résultats stratégiques 3

Résultats Stratégiques 3 - GESTION INTEGREE DES VECTEURS

3.1	Plan de lutte anti vectorielle élaboré et distribué à tous les PTF avant Décembre 2018
3.2	Plan de gestion intégrée des vecteurs élaboré et distribué à tous les PTF avant Décembre 2018
3.3	Les impacts des interventions de lutte sur les populations vectrices sont connus pendant les 4 années qui suivent la première année d'interventions
3.4	Les informations sur la gestion de la résistance aux insecticides sont publiées chaque année
3.5	Planification en GIV effectuée tous les ans avant le troisième mois de l'année
3.6	Les résultats d'une étude d'identification des gîtes larvaires sont disponibles avant 2019
3.7	Les huit acteurs du SLAV, SCOM et le Laboratoire d'entomologie ont reçu une formation en GIV avant Avril 2018
3.8	Les responsables du Districts (Chef CSB, AC, autres secteurs) ont reçu une formation en GIV avant Juin 2018
3.9	Une réunion d'évaluation en GIV des autres secteurs effectués tous les ans à partir de l'année 2019
3.10	Une réunion d'évaluation en GIV des AC effectuée tous les ans à partir de l'année 2019
3.11	Les 120 agents communautaires des 2 districts sont formés en gestion des gîtes à larves d'anophèles (deux formations soit une formation par district)
3.12	La sensibilité des larves de vecteurs aux insecticides est suivie annuellement dans 5 districts d'élimination, à Nosy Be et à Sainte Marie
3.13	Une réunion annuelle de coordination entre le Service de Lutte anti vectorielle, le Laboratoire d'entomologie de la DLP et les partenaires impliqués dans la stratégie MID est organisée avant Décembre 2018

MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES D'INSECTICIDE (MID)

Protéger au moins 90 % de la population des zones ciblées par les MID

▫ Enjeux	▫ Orientations
Couverture universelle en MID afin de protéger les populations ciblées à travers divers canaux de distribution.	Approches basées sur la stratification et la classification des districts en considérant les données épidémiologiques actuelles. Implication des acteurs et des niveaux décentralisés dans la mise en œuvre.

▫ **Interventions prioritaires**

Afin de promouvoir l'utilisation des MID au niveau des populations dans les zones ciblées, le pays a priorisé la distribution de MID comme principal moyen de prévention du paludisme dans les zones à forte endémicité et a opté pour la mise à l'échelle de la distribution de MID depuis 2007. Une première grande campagne universelle de MID a eu lieu en 2009. Pour atteindre toute la population, cette approche a impliqué plusieurs secteurs dont les partenaires, les services décentralisés, les représentants de la communauté et les agents communautaires.

Cet axe stratégique consistera alors à la mise en œuvre des différents canaux de distribution de MID à savoir la campagne de distribution universelle, la distribution de routine pour les femmes enceintes, les enfants gravement malades de moins de cinq ans et les enfants moins de 1 an, distribution continue à base communautaire et le marketing social. Les MID seront aussi distribués lors des urgences et les catastrophes.

Concernant la distribution gratuite de MID (distribution de masse, routine et continue), un nouveau processus de mise en œuvre sera pris en compte dans le PSN 2018-2022. En effet, la mise en œuvre s'effectuera selon un système unique sous le leadership du MSANP à travers la DLP. En 2018, une campagne de distribution universelle de MID sera réalisée dans les 106 districts en phase de contrôle. Pour assurer le niveau de couverture et d'efficacité, une distribution continue sera effectuée dans les zones à haut niveau d'endémicité pendant les quatre années à venir.

Pour assurer la bonne couverture des interventions liées au MID durant la campagne universelle, de nouvelles approches et recadrage seront prévus : renforcement des approches multisectorielles, la décentralisation de la gestion et de la coordination, le renforcement du système de santé dans la mise en œuvre de la campagne afin d'en assurer la pérennité.

Des efforts seront aussi entrepris pour améliorer les méthodes de suivi et collecte de données, ainsi que le suivi de la Campagne pour toutes les phases, dans la gestion du fonds concernant le paiement des activités communautaires, l'utilisation des cartes MID pour le suivi de l'effectivité de la présence de MID au niveau de chaque ménage. Des études anthropologiques seront également menées pour analyser les obstacles liés aux us et coutumes afin d'identifier les actions efficaces pour l'amélioration de l'utilisation des MID. Des études sur la durabilité des MID et l'efficacité des insecticides seront aussi menées.

Selon les approches par strates adoptés pour le nouveau plan stratégique, les zones ciblées par la Campagne passeront de 106 districts en 2018 à 56 districts en 2021 en fonction de la diminution attendue de l'incidence.

Tableau 5 : Nombre de district ciblés par les distributions de MID par année

Mode distribution	2018	2019	2020	2021	2022
Campagne	106			56	
Routine	106	106	64	56	53
Continue		39	39	39	39
Marketing Social	Zones urbaines au niveau de 21 Régions				

□ Résultats stratégiques 4

Résultats Stratégiques 4 - UTILISATION EFFICIENTE DES MID PAR LES POPULATIONS CIBLES

4.1	Quantification des MID effectuée avant fin 2017
4.2	Acquisition et disponibilité des MID au niveau du pays au moins trois mois avant le début des distributions
4.3	Le contrôle de la qualité des nouvelles MID arrivées au pays est effectué systématiquement (à chaque arrivée pour 4 vagues)
4.4	Tous les ménages bénéficiaires sont identifiés en vulgarisant la Carte MID (avant Février 2018)
4.5	Un plaidoyer sur la Campagne MID, avant Février 2018, est réalisé au niveau des 22 régions
4.6	22 Comités Régionaux ainsi que les techniciens nationaux sont formés sur la MID, avant Fin Février 2018
4.7	106 Comités de District formés sur les MID au moins trois mois avant le début de la campagne
4.8	Un Comité par Commune est formé sur les MID au moins trois mois avant le début de la campagne
4.9	Les MID sont disponibles au niveau du magasin au niveau des sites de distribution
4.10	Les agents responsables du suivi de tous les processus sont recrutés et opérationnels au niveau des 106 districts
4.11	Analyse disponible sur des modalités, us et coutumes, caractère des ménages face à l'utilisation des MID, 1 an après la campagne
4.12	Atelier d'évaluation finale de la Campagne MID et dissémination nationale des résultats six mois après la Campagne
4.13	Acheminement par les SDSP vers les CSB selon quantification pré établie
4.14	Une campagne est réalisée sur les 106 districts en phase de contrôle en novembre 2018.
4.15	Suivi de l'effectivité de la distribution par tous les niveaux réalisés.
4.16	Réunion à tous les niveaux pour la réalisation du rapportage de l'activité
4.17	Les MID pour la distribution continue sont acquis selon la quantification du pays.
4.18	Plaidoyers au niveau des différentes collectivités décentralisées effectués pour la réalisation de la distribution continue de 2019, 2020, 2021 et 2022
4.19	Les MID sont disponibles au niveau des Districts et stockés au niveau des magasins adéquats
4.20	MID positionnés au niveau des communautés
4.21	Les agents communautaires sont dotés en kits de distribution
4.22	Revue trimestrielle effectuée après trois mois de la mise en œuvre
4.23	Atelier de dissémination des résultats effectué pour chaque fin d'année de distribution
4.24	L'efficacité des 5% des MID utilisées dans 2 districts de chaque strate à MID ou 2 sites par strates (= 8 sites) est évaluée semestriellement

DOMAINE DE PRESTATION 5

ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE (AID)

Protéger au moins 90 % de la population des zones ciblées par l'AID

▫ **Enjeux**

Réduction rapide de la transmission en augmentant les zones ciblées par l'AID.

▫ **Orientations**

Approches basées sur la stratification et la classification des districts en considérant les données épidémiologiques actuelles.

Implication des acteurs et des niveaux décentralisés dans la mise en œuvre.

▫ **Interventions prioritaires**

Depuis 2013, le pays a mis en œuvre la campagne d'aspersion intra-domiciliaire de manière généralisée au niveau des hautes terres centrales. L'approche a été changée en CAID focalisé à partir de 2015 ciblant surtout les localités où la transmission reste élevée. La non disponibilité à temps des financements en 2014 et 2015 n'a pas permis de mener une campagne dans les districts ciblés.

Pour les prochaines années de mise en œuvre, la CAID focalisée d'élimination sera effectuée au niveau de tous les districts qui passent en phase de pré-élimination, afin de consolider les résultats obtenus.

Des CAID de réduction de transmission seront mis en œuvre dans quatre districts du Sud-Est et deux districts du Sud-ouest compte tenu de l'ampleur du paludisme dans ces régions.

Au niveau des districts identifiés pour la CAID, une rotation triennale des insecticides sera effectuée pour la gestion de la résistance.

La CAID de riposte sera réalisée suivant les déclarations du service de Surveillance Épidémiologique.

□ **Résultats stratégiques 5**

Résultats Stratégiques 5- UTILISATION EFFICIENTE DE LA CAID AU NIVEAU DES ZONES CIBLEES

5.1	Deux plaidoyers multisectoriels sont effectués au niveau national avant la mise en œuvre des activités en 2018
5.2	Un Plaidoyer annuel est effectué au niveau des Districts à partir du 1 ^{er} semestre de l'année 2018
5.3	Une CAID généralisée d'élimination est effectuée au niveau des districts en pré élimination à partir de l'année 2019
5.4	Une CAID de réduction de la transmission est effectuée au niveau de six districts de haute transmission
5.5	Une CAID de riposte est réalisée dans les zones déclarantes de la recrudescence ou d'épidémie
5.6	Deux supervisions semestrielles de l'AID sont effectuées par an
5.7	La rémanence des insecticides de l'AID est déterminée dans au moins trois districts en pré-élimination
5.8	Le plan de gestion de résistance aux insecticides est correctement mis en œuvre

DOMAINE DE PRESTATION 6

TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT (TPI)

Protéger au moins 80 % des femmes enceintes par le TPI conformément aux directives nationales

▫ Enjeux	▫ Orientations
Amélioration de la prévention du paludisme chez les femmes enceintes par l'augmentation de la couverture en TPI au niveau de tous les établissements de santé y compris le niveau communautaire.	Renforcement de la prévention du paludisme chez la femme enceinte dans tous les établissements de santé. Introduction de la délivrance du TPI au niveau communautaire à partir du TPI 2, au début dans les zones de démonstration puis les zones d'extension et mise à l'échelle plus tard.

▫ **Interventions prioritaires**

Des nouvelles recommandations de l'OMS ont été émises stipulant que le TPI doit être administré à partir de la 13^{ème} semaine de grossesse jusqu'à l'accouchement dans les zones ciblées.

Madagascar a adopté cette stratégie qui consiste à donner au moins 3 doses de 3 comprimés de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) espacées de 1 mois à partir de 13 semaines de grossesse jusqu'à l'accouchement. Suivant les nouvelles stratifications du nouveau PSN, **le TPI sera administré chez les femmes enceintes vivant dans les districts en phase de contrôle qui sont au nombre de 106 en 2018.**

Le TPI est en effet le moyen de réduire l'anémie maternelle chez la femme enceinte, de réduire d'environ 21% le risque de faible poids à la naissance et de 61 % la mortalité néonatale. L'accent sera mis sur l'appropriation et l'engagement de tous les prestataires publics et privés pour l'application des nouvelles directives.

Les compétences de tous les prestataires que ce soient hospitaliers, publics ou privés sont renforcées par des formations et des suivis périodiques en collaboration avec le programme de santé maternelle et reproductive. Le dispositif CPN sera mis à contribution pour le suivi de cette stratégie. En fonction des résultats du projet de démonstration, les offres de services préventifs vont faire l'objet d'une extension de la délivrance de TPI au niveau communautaire.

La coordination entre les professionnels de la santé et les agents communautaires chargés de cette activité sera renforcée.

□ **Résultats stratégiques 6**

Résultats Stratégiques 6 - UTILISATION EFFICIENTE DU TPI AU NIVEAU DES ZONES CIBLEES

6.1	Normes et procédures de TPI à jour disponible au niveau central avant Mars 2018
6.2	Normes et procédures disponibles auprès des formations sanitaires publiques avant juin 2018
6.3	Normes et procédures disponibles auprès de 686 formations sanitaires privées avant juin 2018
6.4	Les 1250 prestataires de secteur privé formé sur les nouvelles directives PPG/TPI avant Juin 2019
6.5	Deux cents agents de santé du secteur public nouvellement recrutés formés sur les directives PPG/TPI tous les deux ans
6.6	Les outils de travail et de gestion des AC sont disponibles au niveau central avant Février 2019
6.7	Les AC du district de démonstration sont formés sur le TPIc avant le troisième trimestre de l'année 2018 (522 AC)

AXE STRATEGIQUE 4

RENFORCEMENT DU CADRE DE PRISE EN CHARGE

1.8.4. Renforcement du cadre de prise en charge

DOMAINE DE PRESTATION 7

PRISE EN CHARGE

Prendre en charge correctement au moins 95% des cas de paludisme diagnostiqués

▫ Enjeux	▫ Orientations
Prise en charge correcte conformément à la politique nationale de tous les cas de paludisme au niveau de tous les établissements de santé y compris le niveau communautaire et le privé.	Amélioration des compétences des prestataires. Extension de la prise en charge du paludisme au niveau communautaire de 6 à 15 ans dans les zones enclavées. Mise à disponibilité continue des intrants

▫ **Interventions prioritaires**

Un ancrage solide de la prise en charge sera une priorité suivant la nouvelle stratification. L'accent sera mis sur le renforcement de l'assurance performance et qualité des soins conformément aux normes et procédures de la prise en charge qui est basée sur les 3T de l'OMS (Test-Treat-Track) et sur le renforcement de capacité de tous les prestataires des établissements sanitaires publics et privés. Les prestataires seront appelés à appliquer les protocoles de diagnostic et de traitement du paludisme. La prise en charge précoce et correcte sera renforcée à tous les niveaux et dans tous les secteurs.

Le diagnostic biologique est OBLIGATOIRE devant tout cas suspect de paludisme. Une confirmation par un TDR sera effectuée avant tout traitement dans les Centres de Santé et les sites communautaires, et le couplage TDR ou Goutte Épaisse (GE)/frottis mince (FM) dans les Centres Hospitaliers et dans quelques CSB2 ayant un microscope.

Le traitement des cas de paludisme simple à *Plasmodium falciparum* se fera par la combinaison Artésunate-Amodiaquine ou Artéméther-Luméfantrine.

Dans les zones en pré-élimination une dose unique de Primaquine sera ajoutée à l'ACT. La Primaquine est contre-indiquée chez les femmes enceintes et les enfants de moins de six mois.

Chez la femme enceinte la prise en charge est faite avec la quinine sous forme comprimé pendant le premier trimestre de la grossesse. L'ACT est recommandé à partir du deuxième trimestre de la grossesse.

Un accès palustre chez un malade infecté par le VIH et sous *zidovudine* ou *efavirenz* est traité avec l'Artéméther-Luméfantrine.

Au niveau des hôpitaux, l'Artésunate Injectable sera utilisé pour la prise en charge des cas graves et à défaut la quinine en perfusion sera employée.

Au niveau des CSB, l'Artésunate Injectable sera mis en place pour le traitement pré-référentiel, De même qu'au niveau communautaire où l'Artésunate suppositoire sera mis à la disposition des AC.

Les infections à *P. vivax* seront traitées par ACT. Afin de prévenir les rechutes, la Primaquine sera ajoutée au traitement ; le dosage et la fréquence d'administration devront être ajustés en fonction de l'activité enzymatique de la glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD).

La Primaquine est contre indiquée chez les femmes enceintes, chez les femmes allaitantes d'un enfant de moins de 6 mois, et chez les enfants de moins de 6 mois. Pour cela, le statut de chaque patient vis-à-vis de G6PD doit être confirmé par un *POC G6PD* avant toute administration de traitement. Pour les personnes présentant de la déficience en G6PD il est recommandé une dose de 0,75mg/kg une fois par semaine pendant 8 semaines.

L'association Atovaquone-Proguanil (*Malarone*®) est proposée comme prophylaxie pour les voyageurs non immuns. Ceci doit commencer au moins 24 h avant de pénétrer dans la zone impaludée, durant tout le séjour et pendant les sept jours qui suivent le départ de la zone de transmission.

Les RMA des hôpitaux seront mis à jour afin d'améliorer la cartographie des espèces plasmodiales et le rapportage des données sera renforcé. Il en est de même pour le système d'approvisionnement des hôpitaux en kit diagnostic microscopique qui sera amélioré.

Des lames standardisées suivant les directives de l'OMS seront mises en place pour servir de support de formation des techniciens de laboratoire (création d'une banque de lames). Des séries de formations et supervisions à différents niveaux seront effectuées du fait du nombre insuffisant des formateurs nationaux accrédités.

Le défi du laboratoire de parasitologie est de devenir un laboratoire de référence sur le paludisme au niveau national. Un renforcement du système de management qualité à tous les départements sera alors effectué progressivement par l'équipe du laboratoire central, et un nouveau système de contrôle qualité des lames sur le terrain sera mis en place avec l'appui des experts qualifiés OMS.

Les compétences des prestataires seront renforcées sur la conduite à tenir et les directives à respecter surtout dans les zones de pré-élimination avec l'introduction de la dose unique de Primaquine lors du traitement.

Les offres de services curatifs communautaires qui concernent les enfants de moins de cinq ans feront l'objet d'une extension à **la tranche d'âge de 6 à 15 ans** dans les zones enclavées.

La mise en œuvre effective de la prise en charge communautaire par l'approche PCIMEc au niveau national sera donc renforcée par des suivis périodiques des activités des agents communautaires par leur CSB de rattachement, et par la mise à disponibilité permanente effective des intrants antipaludiques.

La sécurité pharmacologique constitue une des conditions de réussite du traitement dans la lutte contre les maladies y compris la lutte contre le paludisme. La Pharmacovigilance sera ainsi renforcée avec une remise à niveau des points focaux régionaux.

La pérennisation de la surveillance de l'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques sera un objectif à atteindre à travers la mise en place de sites communs pour la surveillance épidémiologique, entomologique et parasitologique.

□ **Résultats stratégiques 7**

Résultats Stratégiques 7 - RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE A TOUS LES NIVEAUX

7.1	Les documents de formation sur la prise en charge du paludisme chez les enfants de plus de cinq ans dans les zones enclavées sont disponibles avant Juin 2018
7.2	Le Kit de formation de diagnostic est mis à jour avant Juin 2018 incluant le volet biologie moléculaire selon les directives de l'OMS
7.3	Les RMA mis à jour sont disponibles au niveau de tous les centres hospitaliers avant Juin 2018
7.4	Les 12 techniciens de laboratoire régionaux et centraux sont accrédités tous les trois ans selon le cursus de l'OMS à partir de 2018.
7.5	Les 22 responsables de laboratoire régionaux (RLPR) sont formés par des formateurs nationaux accrédités selon le cursus OMS, en 2018 pour identifier et augmenter le pool de formateurs
7.6	Les 199 techniciens de laboratoire des centres hospitaliers publics et privés sont formés /remis à niveau par les responsables régionaux qualifiés ou à défaut les experts centraux qualifiés, tous les 2 ans à partir de 2018.
7.7	Les 1935 personnels de garde au niveau des 129 Centre Hospitaliers Publics sont formés/remis à niveau en cascade, annuellement, sur la confection des lames à partir 2018
7.8	Les 900 Agents de santé au niveau des CSB des districts en phase de pré-élimination et des 2 petites îles sont formées sur la confection, la coloration des lames et sur la confection des confettis annuellement, par les techniciens de laboratoires des CH pour compléter les données sur la surveillance parasitologique infra-microscopique, jusqu'en 2022
7.9	Les 30 000 frottis standardisés (banque de lames) selon les directives de l'OMS sont disponibles à partir de 2018
7.10	Dix pour cent des lames lues au niveau district sont contrôlées sur terrain semestriellement
7.11	Les 5 services par CH (645 services) effectuant la confection des lames pendant la garde sont supervisés en OTSS annuellement par les techniciens de laboratoire des CH, à partir de 2018
7.12	Les AS des districts en phase de pré-élimination et les 2 petites îles sont supervisés après la formation en OTSS par les techniciens de laboratoire des CH
7.13	Les 1250 Prestataires du secteur privés sont formés sur la PEC et le TPI avant Décembre 2018
7.14	Deux cents agents de santé nouvellement recrutés sont formés sur la PEC et le TPI tous les 2 ans
7.15	Deux cent cinquante prestataires des CH sont formés sur la PEC du paludisme grave avant Décembre 2018
7.16	Tous les agents de santé sont formés sur l'utilisation de la Primaquine dans les zones en pré élimination avant Décembre 2018
7.17	Le contrôle qualité des lots de TDR (le premier test à l'arrivée des TDR au pays et le deuxième test sera effectué 6 mois avant la date de péremption) sont effectués à partir de 2018
7.18	La notification sur les effets indésirables disponible au niveau central sera effectuée au plus tard dans les sept jours suivant leur apparition.
7.19	Les 26 sites <i>in vitro</i> communs pour la surveillance épidémiologique, entomologique et parasitologique pour la DLP, seront mise en place à partir de 2018
7.20	Les dix confettis par mois et par site sont collectés au niveau des 26 sites de surveillance moléculaire

AXE STRATEGIQUE 5

AMELIORATION DES SERVICES OFFERTS AUX POPULATIONS CLES

1.8.5. Amélioration des services offerts aux populations clés

DOMAINE DE PRESTATION 8

SERVICES SPECIFIQUES DES POPULATIONS CLES

Rendre accessible les services de lutte contre le paludisme à au moins 80% des populations clés recensées

1. Enjeux	2. Orientations
Etendre l'ensemble des services de lutte contre le paludisme à toutes les populations clés recensées.	<p>Cartographie exhaustive des groupes de populations clés (zone des résidences, nombre, barrières à l'accès aux services).</p> <p>Identification d'interventions pertinentes et définition des modalités d'offre de services aux populations clés.</p>

3. Interventions prioritaires

En plus de la politique de gratuité de l'Etat envers les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans pour tous les intrants de lutte contre le paludisme, une analyse approfondie des populations clés a été effectuée permettant d'identifier plusieurs groupes de populations clés. Ce sont les travailleurs saisonniers, les minorités autochtones (Mikéas), les sans-abris, les populations carcérales, les populations indigentes, les groupements spéciaux constitués des populations vivant dans les orphelinats ou les hôpitaux, les populations ayant un faible accès aux services de santé et les populations vivant dans les zones minières.

L'ensemble de ces populations ont un accès limité aux services offerts par le programme du fait de plusieurs obstacles qui ont été identifiés. Il s'agit notamment d'obstacles financiers, géographiques, socio-culturels, d'obstacles liés au faible niveau d'offre des services ou à la mobilité permanente de certains groupes de population.

Ces obstacles ont été analysés et des approches spécifiques vont être développées. (cf Annexe 4).

C'est ainsi qu'il a été retenu entre autres de procéder à : (1) des distributions de moustiquaires périodiques au niveau des groupes de migrants, des orphelinats, des hôpitaux avec l'appui des ONG travaillant avec ces groupes et les responsables des structures hospitalières, (2) de renforcer les capacités des points focaux des associations de prise en charge des enfants de la rue en prise en charge du paludisme et de les doter en ACT et TDR, (3) de renforcer la capacité des infirmiers des maisons carcérales en prise en charge du paludisme et de les doter en ACT et de TDR, (4) d'impliquer des pairs comme points focaux dans la communauté minoritaire (Mikéas) et de renforcer leur capacité en prise

en charge du paludisme et de leur doter en ACT et TDR, (5), de procéder à la PID ciblée dans les maisons carcérales, les orphelinats et les hôpitaux.

Par ailleurs, il est prévu de mener une étude sur le paludisme au sein de ces populations en 2018.

□ **Résultats stratégiques 8**

Résultats Stratégiques 8 - SERVICES SPECIFIQUES DES POPULATIONS CLES

8.1	La cartographie exhaustive des groupes de populations clés (zone des résidence, nombre, barrières à l'accès aux services) est disponible avant Mars 2018
8.2	L'évaluation des besoins de prévention et de prise en charge des populations clés est effectuée avant Mars 2018
8.3	Le Rapport d'étude sur le risque et la vulnérabilité des populations clés vis-à-vis du paludisme disponible avant Juin 2018
8.4	Les rapports d'activité de mise en œuvre des interventions spécifiques aux populations clés sont élaborés et partagés à tous les acteurs trimestriellement

AXE STRATEGIQUE 6

RENFORCEMENT DU CADRE DE COMMUNICATION

1.8.6. Renforcement du cadre de communication

DOMAINE DE PRESTATION 9

COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE

Faire adopter à au moins 80% de la population des comportements favorables à la prévention et à la prise en charge du paludisme

▫ Enjeux	▫ Orientations
L'atteinte des objectifs de prévention et de prise en charge à travers un changement de comportement favorable à la santé.	Renforcement de l'approche enfant-communauté (école). Elargir les cibles de la sensibilisation en intégrant les hommes, les beaux - parents, les jeunes et les enfants de 6 à 15 ans tout en considérant également les groupes de population clés.

▫ **Interventions prioritaires**

La réussite des stratégies de prévention et de prise en charge du paludisme repose surtout sur l'adoption de comportements favorables aux interventions de lutte par la population malagasy. Les stratégies de proximité s'avèrent plus efficaces pour atteindre les cibles.

Il s'agira d'identifier clairement les messages clés pour la lutte contre le paludisme afin d'élaborer et de diffuser des informations, d'éducation et de communication à travers les médias appropriés, y compris la radio et la télévision et sous forme d'affiches, de brochures, boîtes à image, stickers, spots, de jingles, supports pour les écoliers types dessins animés, bandes dessinées, chansons, films et marionnette.

L'utilisation des marionnettes dans les transmissions des messages cadrent dans l'approche « divertir pour éduquer ». Seulement, sa couverture reste encore limitée. Ces supports adaptés aux cibles doivent être accompagnés par la communication interpersonnelle sans occulter la communication de masse.

Les agents de santé et surtout les agents communautaires, ainsi que les autorités, les leaders traditionnels, les associations civiles, les chefs religieux seront les acteurs clés de la mobilisation sociale. Ces entités mobilisatrices contribuent à la sensibilisation en utilisant les supports adaptés et disponibles selon les cibles. La coordination des intervenants sera renforcée sous le leadership du MSANP.

Chaque année la célébration de la journée Mondiale de lutte contre le paludisme sera une opportunité pour « sensibilisation-mobilisation » de la communauté à grande échelle. Des journées de sensibilisation au niveau des régions, districts, communes victimes de forte incidence du paludisme sont des compléments de cette sensibilisation.

La sensibilisation avant les périodes de haute transmission sera renforcée. Les activités CCSC optées seront similaires dans les zones de contrôle et de pré-élimination mais le contenu des messages doit être adapté au contexte et aux us et coutumes locaux. Les messages à transmettre doivent être toujours Massive-Répétitive-Intense-Persistante(MRIP).

Le suivi-évaluation des activités CCSC et la responsabilisation à tous les niveaux sont aussi des éléments importants à renforcer pour mieux cibler les interventions. L'amélioration de la coordination des intervenants sous le leadership du MSANP s'avère aussi capital avec la mise en place d'une armoire virtuelle pour tous les supports CCSC paludisme.

Pour la riposte aux épidémies, les actions de communication réalisées au niveau de la communauté seront effectuées à travers les actions de plaidoyers, de communication interpersonnelle et de la communication de masse en utilisant les différents canaux de communication.

Pour cela, il est nécessaire de mobiliser tous les acteurs clés de communication à tous les niveaux pour l'implication et surtout pour leur participation active aux activités de sensibilisation pré, per et post épidémie.

Il sera procédé à des enquêtes sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques en rapport avec le paludisme et les interventions de lutte y afférant.

▫ Résultats stratégiques 9

Résultats Stratégiques 9 - RENFORCEMENT DU CADRE DE COMMUNICATION ET DE MOBILISATION SOCIALE

9.1	Le Plan de communication 2018-2022 est élaboré et distribué à tous les PTF avant Juin 2018
9.2	L'Armoire virtuelle de tous les supports CCSC de lutte contre le paludisme est mis en place avant juin 2018
9.3	Les SMS sur le paludisme continuent à être diffusés à travers les usagers des opérateurs téléphoniques
9.4	Des spots spécifiques sont diffusés dans les radios locales au niveau des zones de pré élimination et au niveau des autres districts (36 diffusions par trimestre par districts) à partir du 3ème trimestre 2018
9.5	Des spots TV sont diffusés dans la station TV nationale (12 Diffusions par trimestre) à partir du 3ème trimestre 2018
9.6	Les émissions radio " Feon'ny Fahasalamana" (thème Paludisme) sont diffusées dans la station radio nationale (trois émissions par trimestre) à partir du 3ème trimestre 2018
9.7	Les messages du théâtre radiophonique "Tia Miaina" sont diffusés à partir de juin 2018 (18 Diffusions par trimestre)
9.8	Le curriculum CCC / dialogue communautaire pour les AC est disponible avant fin juillet 2018
9.9	Une séance de formation des formateurs (20 formateurs par séance) sur l'approche enfant communauté et sur la technique CCC /dialogue communautaire est réalisée pour les districts en phase de contrôle à partir de 2019
9.10	3 formateurs en marionnettistes et en jeu de rôle sont formés dans les district en phase de contrôles
9.11	Tous les AC dans les districts en phase de contrôle sont formés en technique CCC /dialogue communautaire et en approche enfant communauté avant fin 2019

AXE STRATEGIQUE 7

AMELIORATION DU CADRE DE SURVEILLANCE

1.8.7. Amélioration du cadre de surveillance

DOMAINE DE PRESTATION 10

SURVEILLANCE ET RIPOSTE

Détection dans la semaine de 100% des épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce et contrôle de 100% des épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection.

Dans les zones de pré-élimination, renforcement du système de surveillance pour la cartographie des groupes de population à forte incidence et des sources d'infection.

Dans les zones d'élimination, mise en place d'un système performant d'investigation des cas confirmés.

□ Enjeux	□ Orientations
Renforcement du système de surveillance épidémiologique du paludisme, de la préparation et de la riposte aux épidémies au niveau national.	Disponibilité d'une base de données de qualité sur le paludisme. Renforcement de la capacité de réponse aux épidémies.
□ Interventions prioritaires <ul style="list-style-type: none">○ Prédiction et détection des épidémies :<p>A Madagascar, la surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique dont le paludisme relève du Ministère de la Santé Publique. Le système de surveillance mis en place est composé d'outils, de procédures, du personnel et des structures produisant les informations sur le paludisme.</p><p>Par rapport à l'objectif du PSN 2018-2022, le système de surveillance épidémiologique sera renforcé pour pouvoir détecter précocement les épidémies en vue d'une riposte immédiate et à temps, mais aussi pour la cartographie des groupes de population à forte incidence et la mise en place d'un système performant d'investigation des cas confirmés.</p><p>Cet axe stratégique consistera à renforcer la mise en place du système d'information unique à travers le DHIS 2. C'est ainsi que le pays envisage de mettre en place une base de données sanitaire unique. La DLP continuera à rendre effective la mise en place de ce système intégré.</p>	

Afin qu'on puisse améliorer la promptitude et la disponibilité des données de surveillance, la mise à l'échelle de la surveillance électronique intégrée (SEI) utilisant les nouvelles technologies au niveau de tous les districts sanitaires sera priorisée. Aussi, le système de surveillance communautaire sera particulièrement renforcé sur la base de l'expérience des divers projets à travers la SEI.

Madagascar devra alors tenir compte des directives de l'OMS en matière de qualité de données et ainsi entretenir des échanges avec la communauté internationale. Ainsi, le système du contrôle de la qualité des informations produites sera renforcé à tous les niveaux du système de santé.

Dans les zones à basse transmission, la surveillance concernera les groupes de population subissant la plus forte incidence du paludisme et constituant des sources probables d'infection. Un traitement ciblé sera alors réalisé en cas de besoin.

Par contre, dans les zones en phase d'élimination, la surveillance reposera sur l'identification des cas qui feront l'objet d'investigations notamment épidémiologique, parasitologiques et entomologiques. Des équipes d'investigation seront constituées et formées sur ces différents domaines au niveau des régions et districts.

Un plan de surveillance, d'investigation et de riposte sera ainsi élaboré afin de permettre aux différents acteurs de s'approprier des stratégies.

L'implication des secteurs privés doit être effective par le développement d'un cadre de collaboration et un renforcement de capacité.

Des centres d'excellence de surveillance épidémiologique, parasitologique et entomologique seront mis en place au niveau de certains districts choisis comme sites sentinelles.

Une base de données d'investigation des cas et des foyers sera mise en place au niveau périphérique et central afin de guider la mise en œuvre du programme, servir de référence à l'avenir et constituer un corpus de preuves pour l'éventuelle certification du pays en tant qu'exempt de paludisme.

○ Préparation et Riposte aux épidémies et aux recrudescences

Pour que la riposte soit efficace une bonne préparation est nécessaire afin de pouvoir contrôler à temps la situation et sauver plus de vies. Le plan de riposte sera mis à jour et dispatché pour aboutir à de nouvelles orientations menant à la prise de décisions adéquates, prompt et à la disponibilité d'un personnel performant.

La coordination entre les différents acteurs sera renforcée pour harmoniser la mise en œuvre des diverses activités sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique. Un plaidoyer en vue de redynamiser les comités de lutte du niveau central et périphérique sera conduit périodiquement et renforcer avant la période de transmission.

Dans le cadre de la préparation aux épidémies, le pré-positionnement des stocks épidémiques d'intrants de prise en charge au niveau national sera réalisé. Les insecticides et les matériels CAID ainsi que les MID d'urgence seront pré-positionnés dans les régions et les districts à risque de recrudescence.

Une distribution de MID d'urgence est effectuée en cas de catastrophe naturelle (incendie, cyclone...). Par contre, la CAID de riposte sera réalisée dans toutes les zones quel que soit leur

statut en cas d'épidémie ou de recrudescence. Ainsi, les responsables régionaux et des districts seront formés pour la mise en œuvre de la CAID et la distribution de MID de riposte.

Les compétences des responsables de districts et les chefs CSB en termes de surveillance et de riposte seront aussi renforcées.

La coordination entre les différents acteurs sera à renforcer continuellement pour harmoniser la mise en œuvre des diverses activités sous la tutelle du Ministère de la Santé afin d'assurer une meilleure efficacité.

▫ **Résultats stratégiques 10**

Résultat Stratégique 10 - RENFORCEMENT DU CADRE DE SURVEILLANCE ET DE LA RIPOSTE

10.1	D'ici 2022, la surveillance électronique intégrée sera mise en place dans toutes les formations sanitaires du pays
10.2	La transmission à temps des données au niveau central par les formations sanitaires (CSB, CHRD, CHU, ES) est effectuée hebdomadairement pour les données de surveillance et mensuellement pour les données de routine
10.3	L'ensemble des données communautaires sont transmises à temps au même moment que les données des formations sanitaires
10.4	Les notes de rétro-informations sur la qualité de données sont envoyées mensuellement au niveau des 22 régions
10.5	La capacité des responsables centraux en surveillance sera renforcée périodiquement
10.6	La qualité des données de surveillance est contrôlée périodiquement par les responsables de différents niveaux
10.7	Les responsables régionaux, des districts et des CSB sont formés en surveillance, investigations et ripostes
10.8	Les stocks épidémiques ainsi que les intrants et matériels sont pré-positionnés dans les zones à risque de recrudescence ou d'épidémie avant la période de haute transmission
10.9	L'intégralité des alertes notifiées sont vérifiées dans la semaine de leur apparition
10.10	Toute la population des zones d'alerte est testée lors de l'investigation/riposte
10.11	L'ensemble des cas confirmés sont traités correctement selon le protocole national au cours de l'investigation
10.12	La totalité des épidémies détectées/situations d'urgences sont contrôlées respectivement dans le délai de deux semaines de leur survenue/détection
10.13	La dissémination des résultats des investigations et des ripostes ainsi que de la situation de lutte est effectuée annuellement

AXE STRATEGIQUE 8

AMELIORATION DU CADRE DE SUIVI EVALUATION

1.8.8. Amélioration du cadre de suivi évaluation

DOMAINE DE PRESTATION 11

SUIVI EVALUATION

Intégration de toutes les données du paludisme dans le DHIS2.

Maintenir à au moins 90% le taux de promptitude et de complétude des rapports de toutes les structures sanitaires.

□ Enjeux	□ Orientations
Renforcement du système de suivi et évaluation du Programme à tous les niveaux.	Mise en place du système DHIS2. Disponibilité d'une base de données de qualité sur le paludisme intégré au DHIS2.

□ **Interventions prioritaires**

Le but en suivi-évaluation du PSN 2018-2022 est de fournir des informations fiables sur les progrès en matière de lutte contre le paludisme.

Afin de mesurer les progrès pour l'atteinte des objectifs et des résultats escomptés, plusieurs stratégies sont prévues pour évaluer le niveau d'atteinte des différents indicateurs du programme conformément aux cibles fixées. Ces stratégies seront orientées sur deux grands axes le renforcement de capacité en suivi évaluation des responsables à tous les niveaux et le renforcement des capacités du système de collecte et d'analyse des données à tous les niveaux.

Renforcer la capacité en suivi évaluation implique une mise à jour et une distribution des documents, références et informations sur le programme ainsi que le renforcement de la coordination et l'harmonisation des activités de lutte contre le Paludisme. Un système de motivation sera mis en place afin de primer les Districts et les CSB performants sur le rapportage des données et la diminution de la morbidité palustre. La capacité du programme sur le suivi des intrants sera aussi améliorée.

La collecte, l'analyse des données et leur utilisation pour la prise de décision à tous les niveaux ne dépendent pas seulement du programme. L'opérationnalisation du DHIS2 par le Ministère de la Santé Publique permettra d'assurer la fiabilité et la disponibilité de données, à temps réel et de diffuser ces données à tous les partenaires. En collaboration avec les autres directions du Ministère, l'intégration des données du PNLP dans le DHIS2 permettra une meilleure organisation de la collecte

à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Garantissant ainsi une meilleure complétude et une meilleure promptitude des données à l'échelle nationale.

Dans le domaine des évaluations, des enquêtes nationales sur les indicateurs du paludisme sont menées tous les trois ans. Les rapports finaux sont diffusés auprès de tous les partenaires et acteurs. Ce présent plan stratégique fera l'objet d'une évaluation à mi-parcours qui permettra de réorienter le programme en fonction des résultats obtenus. Des revues annuelles seront effectuées pour suivre la performance.

Afin de renforcer la lutte antivectorielle, il sera procédé à une **recherche opérationnelle centrée sur la lutte biologique et l'utilisation des répulsifs naturels**.

L'utilisation des prédateurs dans la lutte anti-moustique est pratiquée depuis longtemps. Le plus prometteur de ces prédateurs est un poisson larvivore appelé *Gambusia affinis* (J. GHRAB et A. BOUATTOUR, 1999). Cette lutte biologique pourrait présenter plusieurs avantages :

- Pas de risque pour la santé humaine et pour l'environnement,
- La grande plasticité écologique de ce poisson lui permettant de s'adapter à la majorité des collections d'eau naturelles ou artificielles et sa prolifération rapide (une femelle peut donner des alevins toutes les 3 à 5 semaines),
- Le coût bas de cette méthode (ces poissons sont répandus dans la majorité des collections d'eau et ne coûte pas chers,
- La facilité d'application de cette méthode et l'appropriation communautaire de cette approche,
- L'efficacité prouvée par l'expérience sur le terrain et par les études de recherche.

Devant le changement de comportement de moustique qui devient de plus en plus exophage et qui pique de plus en plus tôt, il devient urgent d'expérimenter des stratégies de prévention complémentaires. L'utilisation de l'huile de la cataire (*dihydronépétalactone*) en est une.

Le département de recherche de l'université de l'Iowa a constaté que l'huile essentielle extraite à partir de la *Nepeta Cataria*, appelée « Essence de Népéta » s'est avérée être 10 fois plus efficace pour repousser les moustiques que le *N-diethyl-m-toluamide* (DEET) qui est présentement le produit répulsif le plus utilisé. La synthèse du *dihydronépétalactone* peut être obtenue par hydrogénation du népétalactone. C'est un insectifuge qui se présente comme une alternative valable au DEET.

Il est à rappeler que le DEET est entièrement synthétique et peut causer des réactions allergiques ou toxiques chez certains enfants contrairement à la cataire qui peut être utilisée sans risque chez de très jeunes enfants et chez la femme enceinte.

La cataire est une plante très facile à cultiver et pousse dans tout type de terre. Elle demande beaucoup de lumière, donc s'adapte bien au climat de l'Afrique et de Madagascar en particulier. Les graines semées germent au bout de 7 à 20 jours. Le taux de germination est très élevé. Elle repousse à partir de ses racines après la moisson.

□ **Résultats stratégiques 11**

Résultat Stratégique 11 - RENFORCEMENT DU CADRE DE SUIVI EVALUATION

11.1	Les Districts et les CSB performants reçoivent leur prime annuelle (Diminution de l'incidence conformément aux prévisions)
11.2	Les Deux Réunions de coordination annuelle sont effectuées entre le niveau central et les responsables régionaux
11.3	Revue annuelle du programme effectuée avant le mois de Décembre de l'année en cours
11.4	Réunions de coordination entre le niveau central et les responsables des centres hospitaliers des 6 ex-provinces avant Janvier 2019
11.5	11 régions supervisées semestriellement par le niveau central à partir de 2018 jusqu'en 2022
11.6	57 districts supervisés trimestriellement par le niveau régional à partir de 2018 jusqu'en 2022
11.7	700 CSB supervisées trimestriellement par le niveau district à partir de 2018 jusqu'en 2022
11.8	Canevas de supervision intégrée du Programme est mise à jour et distribué auprès des partenaires avant Juin 2020
11.9	250 bulletins d'information trimestriels multipliés et diffusés trimestriellement à partir de 2017
11.10	25 personnels de suivi et évaluation du programme seront formés sur les méthodes de concepts statistiques liés au Paludisme
11.11	114 responsables au niveau district seront formés sur la connaissance en suivi et évaluation et surveillance
11.12	3000 AS des CSB privés et publiques seront formés sur le remplissage des outils de suivi et des surveillances
11.13	Suivi formatif des 22 régions formées en suivi et évaluation réalisé par le niveau central (en 2018)
11.14	Suivi formatif des 114 districts formés en suivi et évaluation réalisé par le régional (6 mois après la formation)
11.15	Formation des 15 responsables de l'unité de suivi et évaluation sur l'utilisation d'un support de partage des données avec diffusion au sein de RBM
11.16	Réalisation de la formation des 25 responsables de suivi et évaluation du Programme sur les logiciels de suivi en 2018
11.17	Formation des 25 responsables de suivi et évaluation du Programme sur la méthodologie d'élaboration des rapports des revues et d'évaluation en 2018
11.18	Mise à jour des compétences des 25 responsables de suivi et évaluation du Programme sur l'utilisation de logiciel ARCGIS en 2020
11.19	Atelier de 35 personnes sur la publication des documents de bonne pratique en matière de Lutte contre le Paludisme (1 atelier par an).
11.20	Deux études comportementales des gens face à la Lutte contre le Paludisme (étude anthropologique) réalisée jusqu'en 2022
11.21	Une Enquête sur l'indicateur d'impact du Programme Paludisme (RIA 2020) réalisée et Deux enquêtes sur l'indicateur du Paludisme à Madagascar (EIPMD) MIS 2019- 2022
11.22	Les Revues à mi-parcours et finale sont réalisées respectivement en 2020 et en 2022
11.23	Les rapports des recherches opérationnelles effectuées sont disponibles et partagés avec tous les acteurs

1.9.IMPACT ATTENDU

1.9.1.1. Interventions selon les strates

Tableau 6 : Définition des objectifs et des interventions selon la stratification.

Stratification Epidémiologique		Classification		Objectifs	Interventions	Nombre de Districts concernés	Populations Couvertes	Interventions Ponctuelles
High	>= 100	Contrôle	Incidence ≥ 200 ou Incidence ≥ 100 et Vulnérabilité ≥ 4	Réduire rapidement la transmission à moins de 100	MID, TPI, PEC, Surveillance, Interventions de soutien (IEC, SE)	25	3 466 336	CAID de riposte si recrudescence ou épidémie confirmée MDA si épidémie
		Contrôle	Incidence < 200 ou Incidence ≥ 100 et Vulnérabilité < 4	Réduire rapidement la transmission à moins de 100	MID, TPI, PEC, Surveillance épidémie, Interventions de soutien (IEC, SE)	14	1 751 470	
Moderate	50 - 100	Contrôle		Réduire la transmission à moins de 50	MID, TPI, PEC, surveillance épidémie, Interventions de soutien	25	5 366 047	
Low	10 -- 50	Contrôle		Réduire la transmission à moins de 10	MID, TPI, PEC, surveillance épidémie, Interventions de soutien	29	6 923 542	
Verylow	1 -- 10 et TP ≥ 5%	Contrôle		Aller vers la pré élimination	MID, TPI, PEC, Surveillance épidémie, Interventions de soutien	13	3 132 994	
	1 -- 10 et TP < 5%	Pré-élimination		Aller vers l'élimination	CAID d'élimination, PEC, Surveillance des foyers et Traitement ciblés, Interventions de soutien.	3	1 024 444	
Free	< 1	Elimination		Eliminer le paludisme	Surveillance active (investigation autour d'un cas & dose unique primaquine), Interventions de soutien	5	2 484 673	

1.9.2. Hypothèses d'impact

L'objectif du plan mondial de lutte contre le paludisme est de réduire l'incidence du paludisme d'au moins 75% en 2030 par rapport à 2015. Le présent PSN se base sur une hypothèse de diminution annuelle d'incidence de 40% par rapport aux chiffres de 2016 dans les districts à forte endémicité, et une diminution de 30% dans les autres districts.

La réduction durant toute la durée de mise en œuvre du PSN est estimée à 80%.

1.9.3. Diminution de l'incidence annuelle

Suivant l'hypothèse de diminution annuelle de l'incidence de 40% dans les districts à forte endémicité et 30% dans les autres districts, Madagascar peut atteindre l'objectif d'élimination géographique progressive du paludisme. En effet, le nombre de districts à forte endémicité devrait diminuer rapidement au cours de la mise en œuvre de l'actuel PSN, d'ici 2020 seuls trois districts auront une incidence entre 50 et 100 ‰. En parallèle, le nombre de districts ayant atteint le niveau d'élimination devrait augmenter allant de cinq en 2018, à sept en 2020 et à 13 districts en 2022. Les interventions seront réajustées au fur et à mesure de l'évolution de l'incidence.

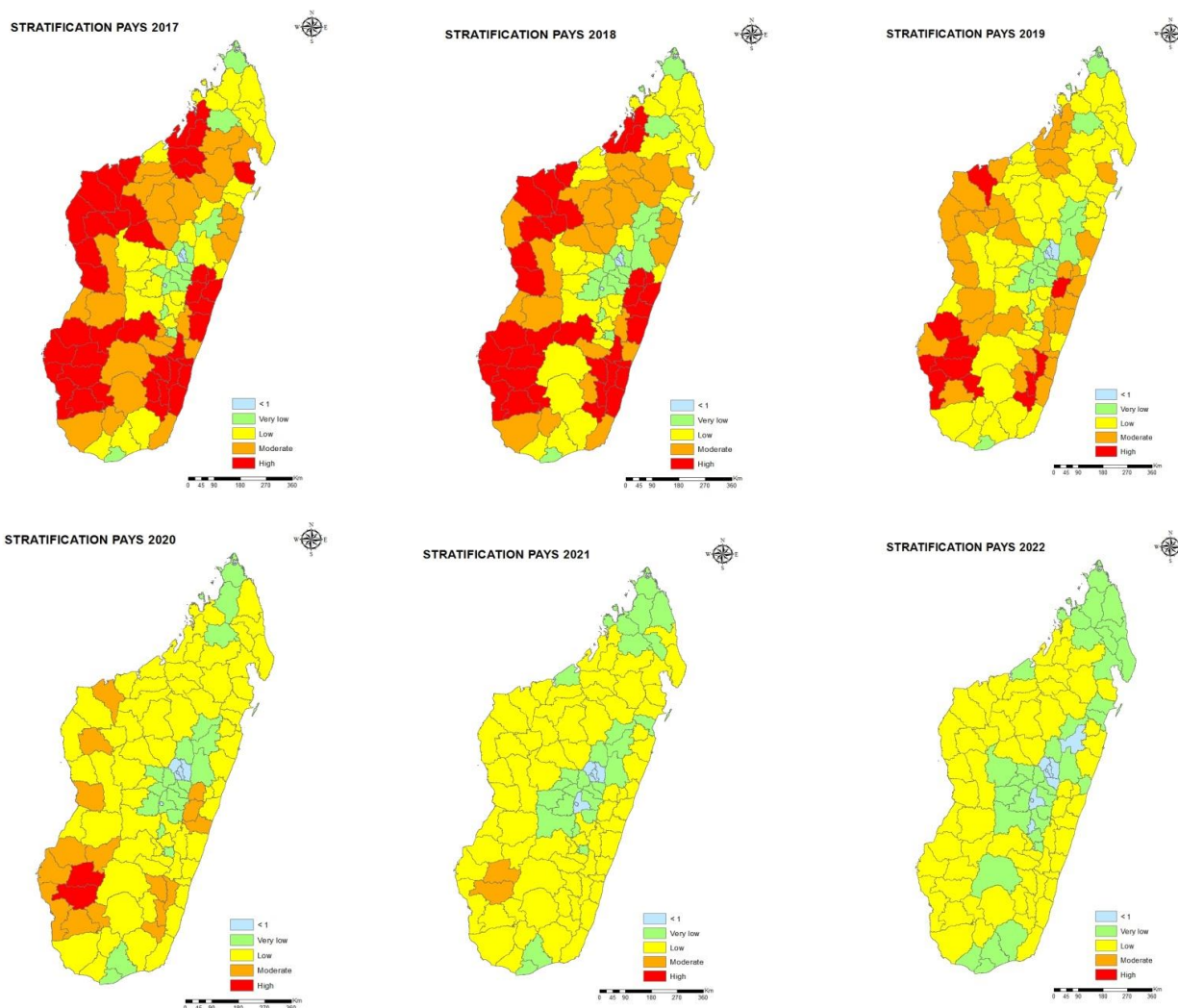


Figure 19: Evolution prévisionnelle des districts vers l'élimination.

BIBLIOGRAPHIE

2. BIBLIOGRAPHIE

1. INSTAT. Projection de la population de Madagascar à partir de RGPH de 1993.
2. PNL. Rapport de la revue de performance 2013 – 2017, Madagascar, juillet 2017.
3. PNL. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2013 -2017, Madagascar.
4. INSTAT, PNL, IPM, ICF. Enquête sur les indicateurs du Paludisme à Madagascar (EIPM). Rapport MIS 2016, Madagascar, janvier 2017.
5. Data PNL. Donnée de routine, Programme National de Lutte contre le Paludisme Madagascar.
6. OMS. Stratégie technique Mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2015. Disponible à l' http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/176720/1/9789242564990_fre.pdf.
7. WHO. World Malaria Report 2016. Genève: WHO. 2017. Disponible à l' http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report/en/.
8. WHO. World Malaria Report 2016 – country profiles. Disponible à l' <http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/WMR-2016-profiles.pdf>.
9. Celine ZDB, Albert K, Andrea B et al. Evaluation of community-based continuous distribution of long-lasting insecticide-treated nets in Toamasina II District, Madagascar. Malar J (2017) 16: 327, DOI 10.1186/s12936-017-1985-7.
10. RBM. Guidelines for Core Population-Based Indicators. RBM TP.1; January 2009.
11. OMS. Programme mondial de lutte antipaludique, Terminologie OMS du paludisme. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Disponible à l' <http://www.who.int/malaria/fr>.
12. Global Fund. Monitoring and evaluation toolkit. Part2: Tools for monitoring programs for HIV, tuberculosis, malaria and health systems strengthening. Monitoring and Evaluation Toolkit - 3rd Edition English Hard Copy. Disponible à l' <http://www.theglobalfund.org>.
13. RBM. Action and investment to defeat malaria 2016 – 2030. Geneva: World Health Organization, Roll Back Malaria.

ANNEXES

3. ANNEXES

3.1. ANNEXE 1 : PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE 2018-2022

3.1.1. Processus d'élaboration du plan de suivi-évaluation

L'élaboration du présent plan de suivi-évaluation (PSE) cadre avec le processus d'élaboration du PSN 2018-2022 dont il est sensé accompagner la mise en œuvre afin d'aider à la documentation des résultats clés et impacts significatifs.

En effet, le processus d'élaboration du PSN 2018-2022 a débuté avec la réalisation de la conférence scientifique internationale et la tenue de la revue de la performance du programme au cours des cinq dernières années (2013-2017) avec la participation des experts internationaux mais aussi ceux de MEASURE Evaluation. Cette évaluation approfondie de la performance du programme avait pour objectif de développer une meilleure planification adaptée au nouveau profil épidémiologique du pays.

Les résolutions prises à l'issue de cette évaluation figurent dans « l'Aide-Mémoire » pour être traduites en stratégies d'interventions dans le nouveau PSN 2018-2022

L'atelier d'élaboration du PSE faisant suite à celui du PSN a été réalisé pour être en phase avec la dynamique d'intégration prônée par le Ministère de la Santé et les PTF.

Ce PSE va guider toutes les parties prenantes de la lutte contre le paludisme, en leur donnant un cadre de mise en œuvre des activités avec les résultats attendus à court terme ainsi qu'à moyen et à long terme.

Comme innovation majeure, ce PSE a l'avantage d'être intégré au PSN conformément aux recommandations de la mission PMI/USAID et du RBM afin de rationaliser l'utilisation des ressources et être plus efficace dans la mise en œuvre du PSN.

3.1.2. Analyse du système de suivi-évaluation précédent

L'analyse de système de S&E précédant est une étape très importante, car permet de relever les forces et les faiblesses de sa mise en œuvre. Elle passe en revue tous les systèmes de production de données pour alimenter le SNIS.

Le tableau I récapitule les FFOM issues de l'analyse du système précédent.

Tableau annexe 1 : Analyse FFOM du système de S&E précédent

1. Système de rapport de routine des services de santé		
Forces	Faiblesses	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> Utilisation de canevas de collecte de donnée standard (RMA, Registre de consultation externe). Existence d'un logiciel Gesis. Collaboration entre le SSS/DEP et la DLP pour le partage des données. <ul style="list-style-type: none"> Réunions périodiques de contrôle qualité des données. Existence de responsable/point focal paludisme. Utilisation de support informatique pour la gestion des données. Disponibilité des responsables SIG au niveau de 114 SDSP. Sites sentinelles fonctionnelles. Appui des PTF à l'acquisition des tablettes pour la transmission des données de surveillance de routine (SEI). Appuis multiples pour le niveau communautaire (Direction centrale du Ministère, Mikolo, Mahefa etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Faible promptitude et complétude des données. Faible disponibilité des données communautaires. Insuffisance des données provenant du secteur privé. Faible rétro-information. Rupture fréquente d'outils de collecte de données. Faible utilisation des données par niveau. Manque de rétro-information. Manque de réunion de validation des données. Non-utilisation des données pour prise de décision et action. Mauvaise utilisation des documents de suivi pour les niveaux périphériques (auto-évaluation). Forte mobilité du personnel. Non maîtrise des logiciels GESIS, CHANNEL et du site web (GMW). Mauvaise utilisation des documents de suivi pour les niveaux périphériques. Supervision insuffisante. Faible remontée de données au niveau des CH. 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la promptitude des données en utilisant la connexion internet. Intégrer tous les indicateurs du programme dans le système de collecte de données de routine. Faire la saisie des données communautaires et du secteur privé sanitaire. Mettre en ligne les données du Gesis. Assurer la disponibilité des outils à tous les niveaux, jusqu'au niveau des sites communautaires. Effectuer la rétro-information par niveau. Collaborer avec les opérateurs sur les transferts des données (zone à faible ou sans réseau). Tenir des revues semestrielles régionales pour validation des données. Impliquer les CH à la revue semestrielle. Effectuer des supervisions périodiques trimestrielles des districts par le niveau régional. Améliorer l'archivage des rapports. Assurer la coordination interne au niveau du district : répartition des tâches du personnel. Impliquer les CH à la revue trimestrielle. Effectuer des supervisions périodiques trimestrielles des CSB par le niveau district. Mettre à l'échelle la SEI.

Forces	Faiblesses	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> • Faible disponibilité des outils de collecte. • Outils de Gestion insuffisants pour les 17 000 sites communautaires. • Non envoi des données des sites vers les CSB et les districts. 	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer des revues mensuelles avec les AC au niveau des CSB. • Effectuer des supervisions périodiques mensuelles des AC par les CSB. • Améliorer l'archivage des rapports. • Mettre en place un système de motivation des AC. • Rendre disponible les outils au niveau communautaire. • Effectuer des revues mensuelles avec les AC au niveau des CSB (données et rapports). • Archiver les rapports des AC.
Opportunités	Menaces	
<ul style="list-style-type: none"> • Existence de partenaires dévoués pour accompagner le MS. • Mise en place prochaine du DHIS2 et de la SEI. • Disponibilité des fonds pour les activités de SE du Programme (supervision trimestrielle). • Disponibilité des documents de référence en suivi et évaluation à tous les niveaux (PSE, Manuel) • Nationale de Santé Communautaire (PNSC). • Volonté affichée des PTF à appuyer le volet communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Changement fréquent de leadership des structures. • Dépendance au financement des PTF (fin de projet). • Faible engagement financier de l'Etat dans la pérennisation du système. • Instabilité politique. • Faible engagement financier de l'Etat dans la pérennisation du système. • Insécurité, enclavement des zones 	

2. Sous-système d'information pour la surveillance épidémiologique		
Forces	Faiblesses	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Existence de canevas de SIMR. • 180 Sites sentinelles de fièvre fonctionnelles. • Laboratoire National de référence du paludisme. • Existence des sous-comités SUREPI. • Procédure et mécanismes de notification des données standardisés. • Disponibilité du Plan stratégique national de surveillance de la Santé Publique révisé. • Financement des activités de SE du Programme par les PTF. • Déploiement prochain du DHIS2 en support à la gestion des données. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible promptitude des alertes. • Données hebdomadaires non contrôlées. • Couverture non universelle de la SEI. • Insuffisance de collaboration au niveau central (DVSSE, DLP, IPM). • Insuffisance d'outils de collecte de données dans certains centres de santé (pour les CSB non prévus SEI). • Données non accessibles en ligne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à échelle la SEI. • Mener des suivis formatifs des CSB utilisant la SEI. • Assurer une meilleure disponibilité des outils de collecte de données. • Mettre en place un plan de préparation et de riposte aux catastrophes naturelles, changement climatique
Opportunités	Menaces	
<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des TIC pour la Surveillance communautaire (USAID Mikolo, Mahafa). • Collaboration avec les Partenaires Techniques et Financiers. • Mise en place SEI 	<ul style="list-style-type: none"> • Catastrophes naturelles (cyclones, changement climatique) un danger pour la mise en œuvre des interventions. • Accessibilités géographiques des sites. 	

3. Sous-système d'information pour la gestion des programmes de santé (Paludisme)		
Forces	Faiblesses	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Portail webmalaria pour la saisie des données du Paludisme. • Disponibilité des logiciels (GESIS, CHANNEL). • Existence de guide d'utilisateur et de directives liés à la gestion des données (manuel d'utilisation des données, suivi et évaluation. Etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible promptitude et complétude des données. • Faible capacité des acteurs de la collecte. • Faible accès à internet dans quelques districts enclavés. • Faible niveau de mise en œuvre de la supervision intégrée. • Faible remonté des données des Centres hospitaliers. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doter d'équipement et de matériel informatique les responsables (SE/DLP). • Renforcer les capacités du personnel responsable des collectes de données. • Collaborer avec les opérateurs sur les transferts des données (zone à faible ou sans réseau). • Assurer le contrôle qualité des données à tous les niveaux. • Renforcer le plaidoyer auprès des PTF sur la pertinence des activités planifiées. • Tenir des réunions d'information avec les responsables des hôpitaux sur les données des CH. • Susciter l'utilisation des manuels au niveau des régions. • Effectuer des supervisions périodiques semestrielles des régions par le niveau central.
Opportunités	Menaces	
<ul style="list-style-type: none"> • Fonds Mondial appui la MEO. • Disponibilité des documents de référence en suivi et évaluation à tous les niveaux (PSE, Manuel...). Autodidacte. • Multiple : PTF (GF, PMI/Measure Evaluation, OMS, OMS/GEF...) • Existence des ATR pour appui. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance au financement des PTF (fin de projet). • Faible engagement financier de l'Etat dans la pérennisation du système. • Instabilité politique. 	

4. Systèmes des Enquêtes/recherches et études spécifiques			
<ul style="list-style-type: none"> • MICS. • MIS. • Palu values (IPM). • ACT Watch 2016 (PSI) • Etude qualitative dans les secteurs privés sur les RDT 2013. • Exit interview TDR. Pour les secteurs privés 2014, 2015,2016 (PSI). • Etude formative dans les secteurs privés UNITAID. • Enquête ménage UNITAID. 	Forces	Faiblesses	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre de l'enquête MIS 2016. • Bonne représentativité des enquêtes (communautaire, ménage, formation sanitaire). • Utilisation des résultats pour apprécier les performances du programme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible implication des équipes de S&E du programme. • Non partage des résultats des enquêtes avec l'équipe S&E du programme. • Résultats de certaines enquêtes non-conformes aux besoins du programme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer les équipes SE dans la mise en œuvre des enquêtes MIS, EDS, du programme dès le début de la conception jusqu'à la publication des résultats. • Adapter les enquêtes/ recherches/ études aux besoins du programme. • Utiliser les résultats des études pour le recadrage du programme. • Promouvoir une large diffusion des résultats des enquêtes.
	Opportunités	Menaces	
	<ul style="list-style-type: none"> • Existence des partenaires. • Disponibilité du plan de suivi-évaluation du programme (Matrices des indicateurs). 	<ul style="list-style-type: none"> • Problème de sécurité contraignant l'atteinte des zones ciblées de l'enquête, source de biais des résultats escomptés. • Dépendance aux partenaires. 	

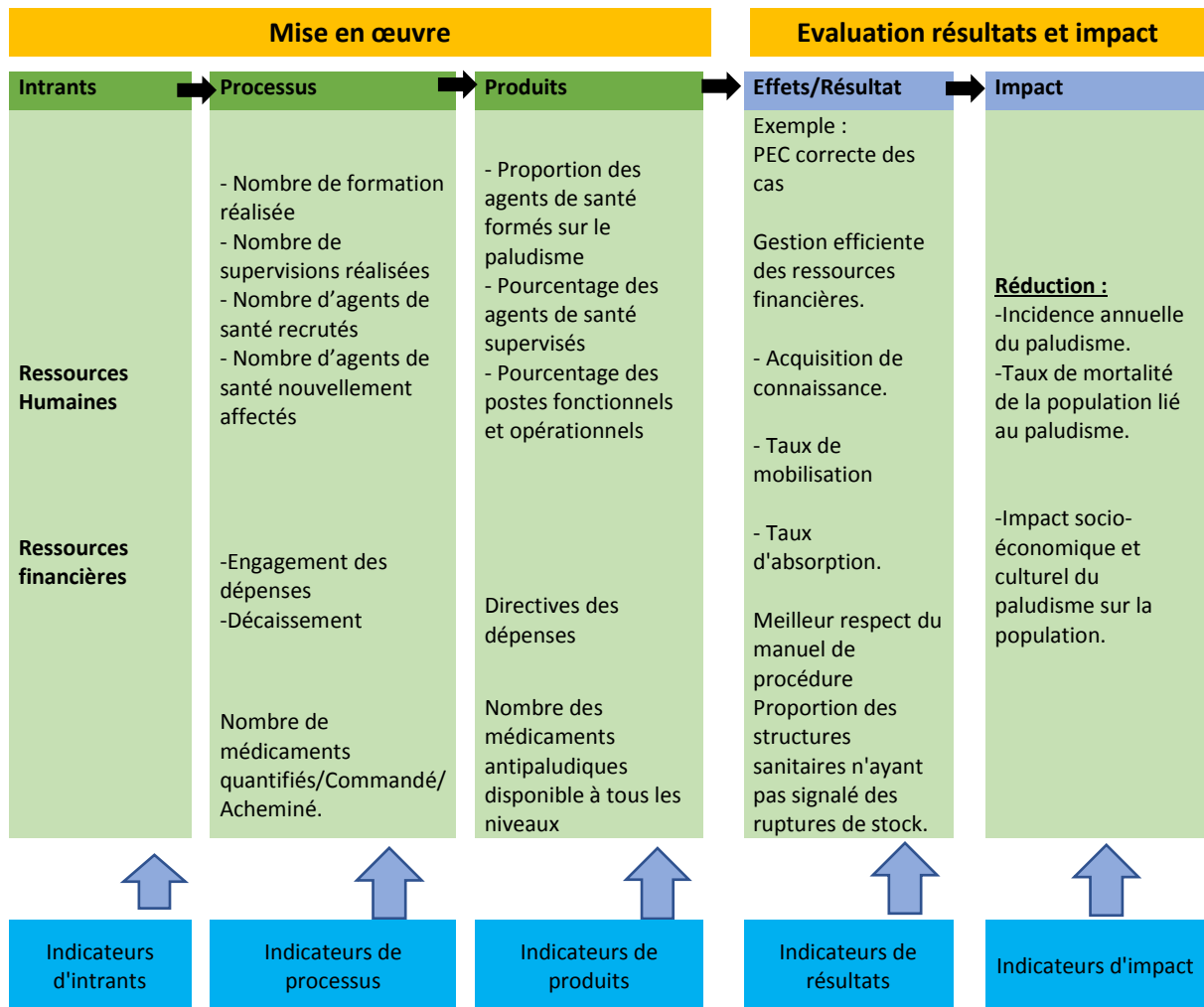
3.1.3. Cadre de suivi-évaluation

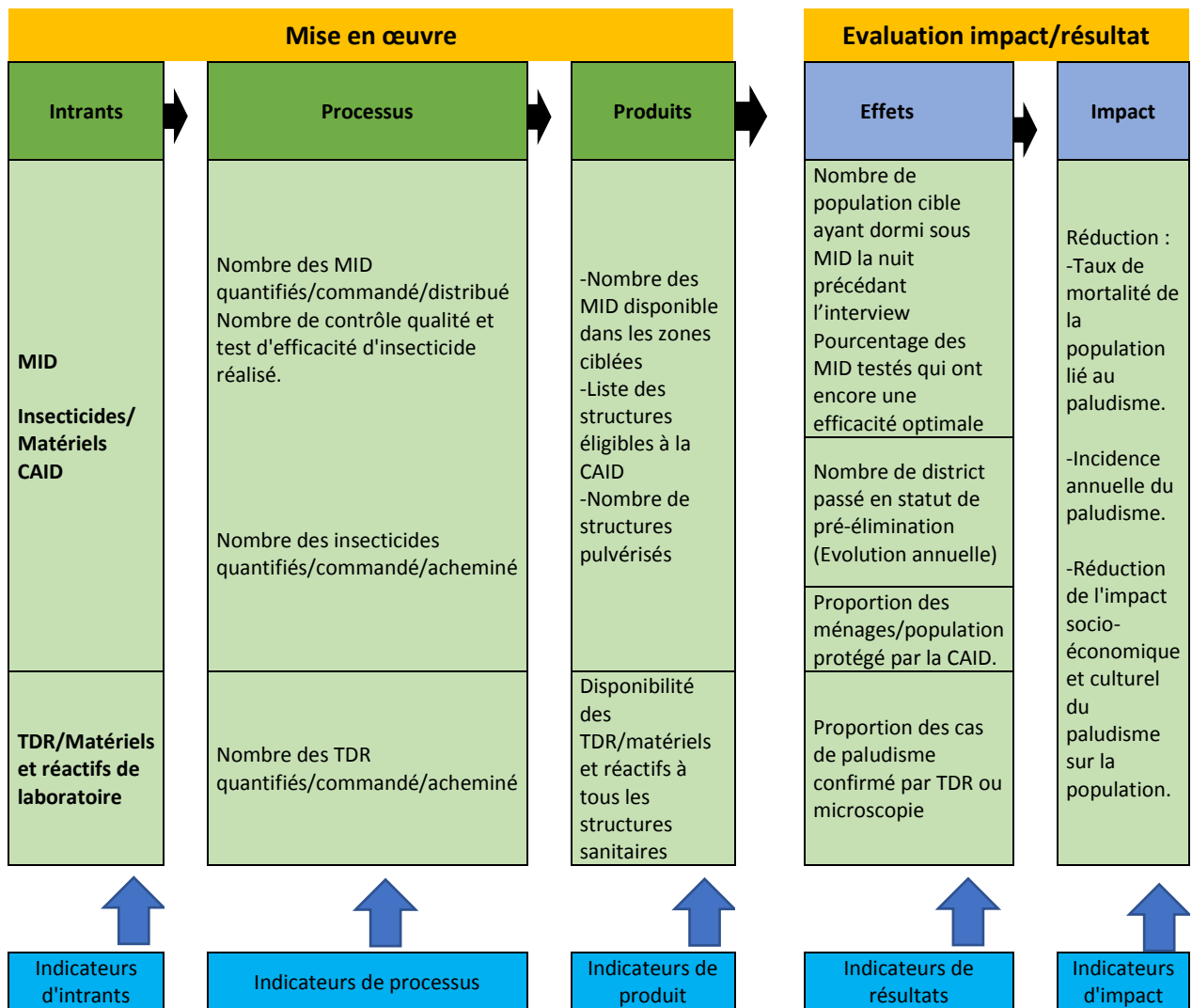
La mise en œuvre du PSE nécessite de définir le cadre logique ou le modèle logique soutenant la logique de l'intervention, mais aussi le cadre de performance qui est la référence pour la mesure d'impact et ou de résultat du programme.

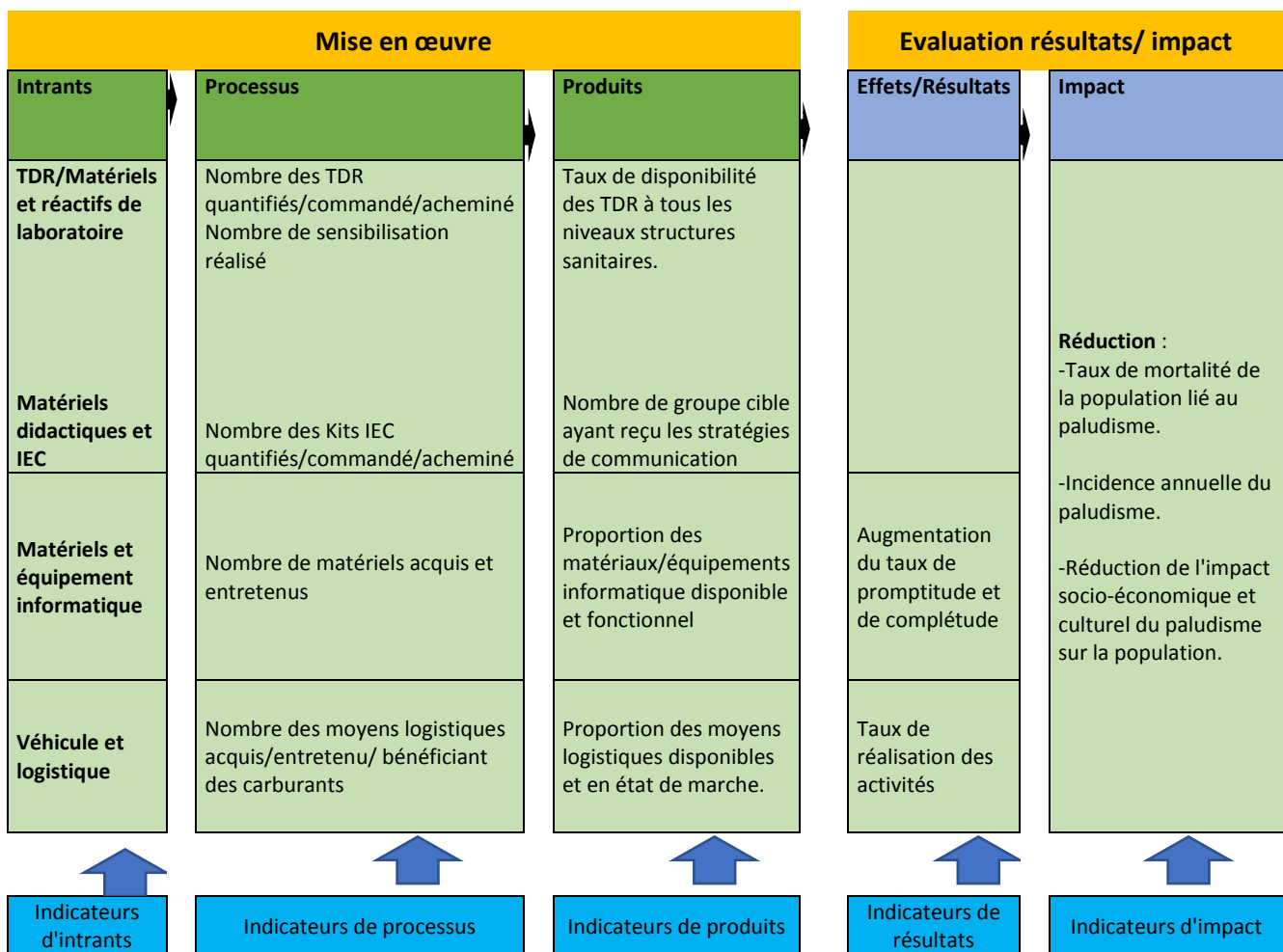
3.1.4. Modèle logique du plan de suivi-évaluation

La réalisation de la mise en œuvre du suivi-évaluation dans le cadre du modèle logique, est la combinaison des ressources pour produire des résultats issus de la mise en œuvre des activités. Il s'agit d'un enchaînement logique sous forme de chaîne de résultats, avec pour but ultime la production d'impact significatif pour atteindre les objectifs du programme. Le schéma ci-dessous illustre le modèle logique du programme, montrant les liens à chaque niveau avec ses indicateurs correspondants.

○ **Modèle logique de plan de Suivi Evaluation**







3.1.5. Cadre conceptuel de la mise en œuvre du suivi-évaluation

Le cadre conceptuel du plan de suivi-évaluation décrit les liens logiques entre la conjonction des ressources nécessaires à la mise en œuvre à l'obtention des impacts souhaités, qui passent par la mise en œuvre d'activités prioritaires qui doivent aboutir à des résultats tangibles et mesurables sur la base des données produites. Dans l'objectif d'améliorer la disponibilité des données de qualité pour mieux informer le programme, l'accent est mis sur les outils de collecte de données, la production d'information sanitaire synthétique issue de l'analyse des données, et l'utilisation de l'information pour mieux cibler les interventions nécessaires à la réduction de l'incidence et de la mortalité du paludisme (Cf figure cadre conceptuel).

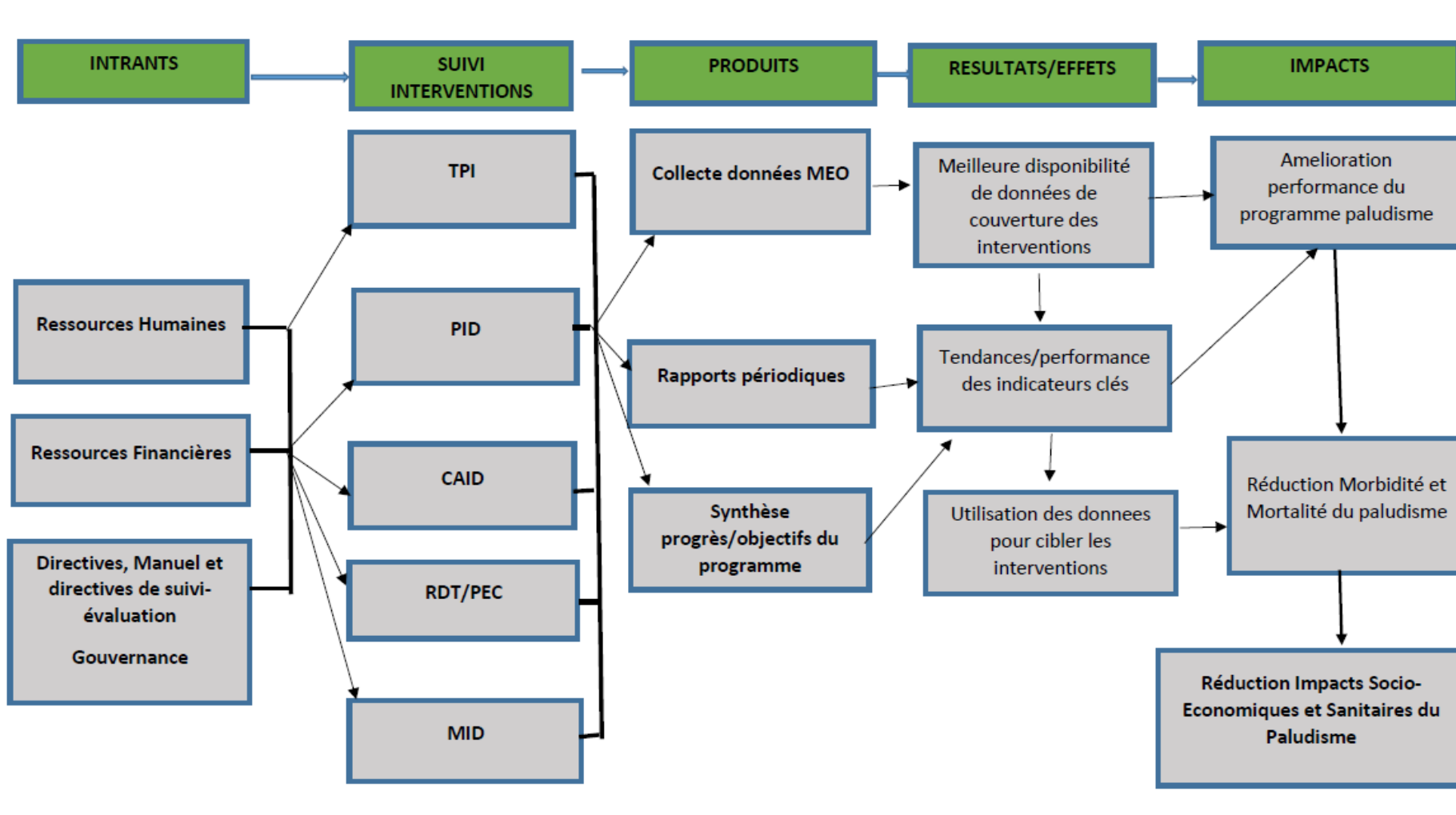


Figure annexe 1 : Cadre conceptuel de la mise en œuvre du suivi-évaluation du PSN

3.1.6. Grandes lignes du plan de suivi-évaluation

3.1.6.1. Objectif général

Améliorer les performances du Programme paludisme en matière de Suivi & Evaluation à tous les niveaux, par la mise à disposition d'informations fiables pour la prise de décision.

3.1.6.2. Objectifs spécifiques

- Renforcer les compétences en matière de S&E des responsables de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux.
- Rendre disponible les outils de collecte de données (supports physiques et électroniques).
- Améliorer le système de collecte, d'analyse et d'utilisation des données à tous les niveaux.
- Assurer le suivi continu de la mise en œuvre des interventions.
- Evaluer le PSN à mi-parcours et en fin 2022.
- Améliorer la disponibilité et la qualité des données en temps réel, ainsi que sa diffusion à tous les partenaires.
- Assurer la dissémination des résultats pertinents de recherche (conférences scientifiques).

3.1.6.3. Interventions prioritaires pour renforcer le S&E

Afin de relever le défi pour le suivi du nouveau PSN 2018 – 2022, la mise en œuvre coordonnée d'un certain nombre d'interventions prioritaires est nécessaire. Ces interventions ont été définies en fonction de la nouvelle stratification épidémiologique.

Les interventions suivantes, définies en fonction de la nouvelle stratification épidémiologique, constituent la base du suivi-évaluation du PSN 2018-2022.

1. Renforcement de la coordination/de l'harmonisation/de l'intégration des activités avec les PTF pour la mobilisation des ressources.
2. Mise en place du cadre de concertation avec les responsables des hôpitaux sur les données, et l'application des directives de prise en charge du paludisme grave au niveau des Centres Hospitaliers.
3. Collaboration avec les opérateurs sur les transferts des données (zone à faible ou sans réseau).
4. Redynamisation du sous-comité RBM de la cellule suivi-évaluation de performance.
5. Renforcement des capacités du personnel impliqué dans la gestion des données du paludisme en Suivi-Evaluation et Surveillance.
6. Dotation en équipement et matériel informatique les responsables au niveau district.
7. Amélioration de la disponibilité des outils à tous les niveaux.
8. Amélioration de la collecte et de la transmission des données (DHIS2, GESIS, etc.).
9. Amélioration du contrôle qualité des données à tous les niveaux.

10. Amélioration de l'analyse, de l'utilisation et de la diffusion des données à tous les niveaux.
11. Amélioration de l'exécution budgétaire pour la mise en œuvre des activités.
12. Renforcement de la supervision intégrée à tous les niveaux.
13. Revue de la performance du programme paludisme.
14. Mise en œuvre de recherches opérationnelles/d'évaluation afin de constituer une base factuelle pour le programme.
15. Mise à jour de la stratification du risque de paludisme tous les deux ans.
16. Mise en œuvre de la surveillance active dans les zones de pré-élimination, et d'un plan de riposte face aux épidémies.
17. Renforcement de la surveillance de routine dans les zones contrôle.

3.1.6.4. Indicateurs de mesure de la performance du plan de S&E

En plus des indicateurs de suivi-évaluation du programme définis dans la matrice des indicateurs, des indicateurs spécifiques de suivi de la mise en œuvre des activités du PSE ont été définis.

Tableau annexe 3 : Indicateurs de mesure de la performance du plan de Suivi-Evaluation par rapport aux interventions prioritaires

Niveau de mise en œuvre	Indicateurs	Sources des données	Périodicité	Responsables	Mode de calcul	Observations
Intervention prioritaire 1. Le renforcement de la coordination/harmonisation/intégration des activités avec les PTF pour la mobilisation des ressources.						
Niveau central	Proportion de réunions de planification tenues avec la participation des PTF intervenant dans le financement.	Rapport de réunion DLP	Trimestrielle	Direction Responsable du partenariat RBM	Nombre de réunions tenues avec les PTF / Nombre total de réunions prévues.	Meilleure coordination et intégration des activités.
	Validation des documents stratégiques (PSN, PSE, Manuel de S&E) avec les PTF et les autres parties prenantes.	Rapports de validation	Annuelle	DLP	Nombre de sessions de validation organisées avec les partenaires.	Tous les documents programmatiques doivent être validés avec les partenaires.
	Proportion des activités réalisées avec la participation des partenaires.	Rapport d'activités conjointes	Trimestrielle	DLP/PTF	Nombre d'activités réalisées avec les PTFS/ Total des activités prévues avec les PTF.	
	Proportion des formations réalisées avec l'implication des autres partenaires.	Rapport de formation	Trimestrielle	DLP/Partenaires	Nombre de formations réalisées avec les partenaires/ Total des formations planifiées.	
	Proportion des sessions de financement tenues avec les PTF.	Rapport de session	Annuelle	DLP/PTF	Nombre de sessions de financement organisées.	

Intervention prioritaire 2 : Mise en place du cadre de concertation avec les responsables des hôpitaux, sur les données et l'application des directives de prise en charge du paludisme grave au niveau des Centres Hospitaliers.

Niveau CSB et AC	Pourcentage des alertes ou des évènements transmis à temps.	Rapport	Hebdomadaire, Mensuelle, annuelle	Chef CSB et AC	Nombres d'alertes ou d'évènements transmis à temps/ Nombre total d'alertes ou d'évènements transmis à temps.	
Niveau région et district	Taux de promptitude.	Rapport SIG et électronique SDSP et DRSP	Journalière, hebdomadaire et mensuelle	Central et DRSP	Nombre de rapports journaliers ou hebdomadaires ou mensuels transmis à temps / Nombre de rapports attendus.	Promptitude > 75%
	Taux de complétude.	Rapport SIG et électronique SDSP et DRSP	Journalière, hebdomadaire et mensuelle	Central et DRSP	Nombre de rapports journaliers ou hebdomadaires ou mensuels reçus / Nombre de rapports attendus.	Complétude > 90%
	Proportion des alertes investiguées.	Rapport d'investigation	Journalière, hebdomadaire et mensuelle	Central et DRSP	Nombre d'alertes investiguées/Nb d'alertes reçues.	Taux d'investigation 100%
	Taux de létalité spécifique par cause.	Rapport trimestriel	Mensuelle	Central et DRSP	Nombre de décès par maladie spécifique/Nb de population à risque.	
	Nombre d'alertes/signalements confirmés.	Rapport FSH, électronique	Journalière, hebdomadaire et mensuelle	Central et DRSP	Nombre d'alertes/ de signalements confirmés/Nb d'alertes/ de signalements reçus.	
	Taux de mortalité générale dans la population.	EDS, annuaire statistique, enquête ménage	Annuelle, triennale	DEP, INSTAT, DVSSE	Nombre de décès dans la population générale/Nb de population totale.	

Niveau central	Pourcentage des épidémies et/ou des risques sanitaires détectés.	Rapport statistique	Journalière, hebdomadaire et mensuelle	Central et DRSP	Nb d'épidémies et/ou de risques sanitaires détectés/ Nb total d'épidémies et/ou de risques sanitaires.	
	Proportion des alertes investiguées.	Rapport d'investigation	Journalière, hebdomadaire et mensuelle	Central et DRSP	Nombre d'alertes investiguées/Nb d'alertes reçues.	Taux d'investigation 100%
	Taux de mortalité spécifique par maladie épidémique.	EDS, annuaire statistique, enquête ménage	Annuelle, triennale	DEP, INSTAT, DVSSE	Nombre de décès par maladie spécifique /Nb de population à risque.	
	Taux de morbidité spécifique par maladie épidémique.	EDS, annuaire statistique, enquête ménage	Annuelle, triennale	DEP, INSTAT, DVSSE	Nombre de cas de maladie spécifique /Nb de population à risque.	
	Taux de létalité spécifique par maladie.	Rapport trimestriel	Hebdomadaire, mensuelle	DEP, INSTAT, DVSSE	Nombre de décès par maladie spécifique /Nb population à risque.	
Intervention prioritaire 3 : Collaboration avec les opérateurs sur les transferts des données (zone à faible ou sans réseau).						
Niveau CSB et AC	Proportion des centres de santé qui disposent d'outils de gestion (fiche d'alerte, FSH, RCE,).	Districts (RMA) Régions	Mensuelle, annuelle	SIG SDSP, SIG régional	Nombre de CSB disposant de tous les outils / Nombre total de CSB.	
	Proportion des centres de santé qui disposent d'outils de gestion électroniques (téléphone, tablette).	Districts, régional, central (DVSSE, DLP, IPM, DSI) rapports	Annuelle	SDSP, régional, central	Nombre de CSB disposant de tous les outils électroniques/ Nombre total de CSB.	

Niveau région et district	Proportion des districts et des régions qui disposent d'outils de gestion (rapport de compilation).	Rapport	Mensuelle et trimestrielle	Ministère/PTF	Nb de districts et de régions qui disposent d'outils de gestion / Nb de régions et de districts.	
	Proportion des districts et des régions qui disposent d'outils de gestion électroniques (téléphone, tablette, ordinateur).	Rapport	Annuelle	Ministère/PTF	Nb de districts et de régions qui disposent d'outils de gestion électroniques / Nb de régions et de districts.	
Niveau central	Disponibilité des outils clés de gestion de l'information (impression en quantité suffisante de tous les supports pour le niveau opérationnel).	Etat de répartition	Trimestrielle et annuelle	DEP, DVSSE, DLP, DLT	Nombre de FS en rupture de support/ Nb total de FS.	

Intervention prioritaire 4 : Redynamisation du sous-comité RBM de la cellule suivi-évaluation de performance.						
Niveau CSB et AC	Proportion des prestataires et des utilisateurs formés en gestion de données (collecte et analyse).	Rapport de formation	Annuelle	Districts et régions	Nb de prestataires et d'utilisateurs formés en gestion de données/ Total des prestataires.	
Niveau région et district	Proportion de responsables de surveillance formés en gestion de données (collecte et analyse).	Rapport de formation	Annuelle	EMAR /EMAD	Nb de responsables de surveillance formés en gestion de données/ Nb total de districts.	
	Proportion des responsables de surveillance qui maîtrisent l'analyse, la présentation de données.	Rapport de supervision, évaluation	Trimestrielle, annuelle	EMAR /EMAD	Proportion des responsables de surveillance qui maîtrisent l'analyse, la présentation de données/ Nb total de districts.	
Niveau central	Proportion du personnel formé en traitement et analyse de données.	Rapport de formation	Annuelle	Ministère (DVSSE, DEP, DLP et autres programmes)	Nb de personnel formé en traitement et analyse de données /Nb de personnel impliqué dans l'analyse.	
Intervention prioritaire 5 : Renforcement des capacités du personnel impliqué dans la gestion des données du paludisme en Suivi-Evaluation et Surveillance.						
Niveau région et district	Nombre de responsables des données paludisme du niveau régional et district formés.	Rapport de formation en S&E.	Annuelle	MEASURE Evaluation	Nb de pers formées/Nb prévu.	36 personnes du niveau régional et district à former.
Niveau Central	Proportion des gestionnaires des bases de données du niveau central formés en analyse de données.	Rapport de formation en analyse des données, soutenues avec un logiciel statistique.	Annuelle	MEASURE Evaluation	Nb de pers formées/Nb prévu.	15 personnes du niveau central à former.
Niveau central	Taux de supervision des districts et des régions.	Rapport de supervision des districts et des régions.	Trimestrielle	Central (toutes les directions)	Nb de supervisions réalisées/Nb de	

					supervisions programmées.	
	Taux de supervision des CVSF.	Rapport de supervision	Trimestrielle	SVSF/DVSSE	Nb de sites supervisés /Nb total de sites.	
	Contrôle de la qualité des données des districts et des régions.	Rapport de vérification et de validation par le niveau central.	Semestrielle	Central (toutes les directions)		
	Analyse et utilisation des données.	Rapport d'analyse	Mensuelle et trimestrielle	Central (toutes les directions)		
	Taux de rétro-information.	Bulletin épidémiologique d'information	Hebdomadaire, Mensuelle et trimestrielle	DVSSE, IPM, DLP, autres programmes	Nb de bulletins édités et diffusés/Nb total prévu.	
	Taux de tenue de réunions de cadre de concertation (DVSSE, DLP, DEP) et autres partenaires (IPM, PSI, Mikolo, Mahefa.).	Rapport de réunion	Mensuelle et trimestrielle	Ministère de la Santé/ DVSSE	Nb de réunions tenues/ Nb de réunions prévues.	
	Evaluation interne et externe du PSNSSP.	Rapport d'évaluation	A mi-parcours et fin 2020	DVSSE/structure indépendante		
Intervention prioritaire 6 : Dotation en équipement et matériel informatique les responsables au niveau district.						
Niveau région et district	Proportion des centres d'excellence de la qualité des données du paludisme, dotés en outils informatique.	PV de livraison et de réception	Annuelle	MEASURE Evaluation	Nombre de districts/CoE dotés/Nombre prévu.	2 CoE prévus d'être équipés par MEval.
Niveau national	Proportion des services de la DLP pourvus en matériel informatique et péri-informatique.	PV de livraison	Annuelle	DLP	Nombre de services pourvus/Services ayant exprimé des besoins.	

Intervention prioritaire 7 : Amélioration de la disponibilité des outils à tous les niveaux.

Niveau CSB et AC	Proportion des centres de santé qui disposent d'outils intégrés de suivi des activités paludisme (Fiche hebdomadaire, Registre de consultation externe, registre CPN).	Districts/ Régions Etat de répartition des outils par niveau	Annuelle	DLP/DSI/DEP/DVSS E	Nombre de CSB disposant de tous les outils / Nombre total de CSB visités.	Tous les CSB et AC doivent disposer en permanence d'outils et en quantité suffisante.
	Taux de rupture des outils de gestion.	Rapport de supervision districts	Trimestrielle	DS/Régions	Nombre d'outils absents/Nombre d'outils requis.	La liste type des outils par niveau doit être disponible au niveau CSB.
	Proportion des centres de santé/des sites de surveillance qui disposent d'outils de gestion électroniques (téléphone, tablette).	Central (DVSSE, DLP, IPM, DSI)	Annuelle	DLP/DSI/DVSSE	Nombre de CSB ou de sites de surveillance disposant de tous les outils électroniques/ Nombre total de CSB.	
	Taux de disponibilité des directives de prise en charge et des autres documents programmatiques.	Rapport supervision district	Trimestrielle	EMAD	Nombre de CSB/AC disposant de directives/Nombre supervisé.	<ul style="list-style-type: none"> - PEC - Guide SIMR - Guide Diagnostic et Thérapeutique - PTA - Manuel de suivi-évaluation - Guide de supervision intégrée

Niveau région et district	Proportion des districts et des régions qui disposent d'outils de gestion (rapport de compilation des données par niveau).	Niveau Région et District	Trimestrielle	DLP/DSI/DEP	Nb de districts et de régions qui disposent d'outils de gestion / Nb de régions et de districts supervisés.	
	Proportion des districts et des régions qui disposent d'outils de gestion électroniques (téléphone, tablette, ordinateur).	Région et District	Annuelle	DLP/DSI/DVSSE/DEP	Nb de districts et de régions qui disposent d'outils de gestion électroniques / Nb de régions et de districts visités.	
	Proportion des régions et des districts qui ont un accès permanent au portail web.	Site web	Annuelle	Ministère/PTF	Nb de régions et de districts qui ont un accès permanent au portail web/Nb de régions et de districts.	
Niveau central	Disponibilité d'un plan prévisionnel d'acquisition d'outils de gestion de données.	Etat des acquisitions niveau central	Annuelle	DLP/DSI/DEP	Plan des acquisitions disponible.	
	Disponibilité de stocks suffisants pour 3 mois d'outils nécessaires à la gestion des données du SNIS.	Situation des stocks au niveau central	Trimestrielle	DLP/DSI/DEP	Nombre d'acquisitions réalisées/Nombre prévu.	
Intervention prioritaire 8 : Amélioration de la collecte et de la transmission des données (DHIS2, GESIS, etc.).						
Niveau région et district	Proportion des régions et des districts qui disposent d'outils de compilation.	RMA ou rapports trimestriels	Mensuelle, trimestrielle	Points focaux (PF) SDSP et régions	Nombre de SDSP et de région qui disposent le total des outils / Nombre total de SDSP et de régions.	

	Proportion des régions et des districts qui ont un accès permanent au portail web.	Site web	Annuelle	Ministère/PTF	Nb de régions et de districts qui ont un accès permanent au portail web/Nb de régions et de districts.	
	Proportion des districts et des régions qui disposent de GSIS/DHIS2 fonctionnel.	Rapport GSIS/DHIS2	Mensuelle et trimestrielle	Ministère/PTF	Nb de districts et de régions qui disposent de GSIS/ Nb de régions et de districts.	
	Taux de promptitude des rapports des données compilées.	Rapports district et région	Hebdomadaire et mensuelle Trimestrielle	Central et DRSP	Nombre de rapports des données compilées transmis à temps / Nombre de rapports attendus.	Promptitude > 75%
	Pourcentage des districts qui ont soumis 100% des rapports mensuels attendus dans l'année.	Archives RMA DS niveau DRS	Annuelle	Région	Nombre de RMA reçus des DS/Nombre total de RMA attendus.	12 Rapports attendus par DS.
	Proportion des régions et des districts qui disposent d'outils de compilation.	RMA ou rapports trimestriels	Mensuelle, trimestrielle	Points focaux SDSP et régions	Nombre de SDSP et de régions qui disposent du total des outils / Nombre total de SDSP et de régions.	
Niveau national	Taux de complétude des rapports des données compilées.	Rapports district et région	Journalière, hebdomadaire et mensuelle	Central et DRSP	Nombre de rapports des données compilées reçus / Nombre des rapports attendus.	Complétude > 90%

	Pourcentage des rapports mensuels attendus des districts, reçus au cours des 12 mois précédents par le niveau central.					12 rapports attendus dans l'année.
Intervention prioritaire 9 : Amélioration du contrôle/qualité des données à tous les niveaux.						
Niveau CSB et AC	Taux de réalisation de sessions de validation des données.	Rapport des sessions	Mensuelle	Equipe CSB	Nombre de sessions de validation tenues/Nombre planifié.	
	Taux de saisie des rapports AC dans le RMA CSB.	Rapport RMA CSB	Trimestrielle	EMAD	Nombre de rapports AC intégrés dans le RMA/Rapports attendus.	100% des rapports AC pris en compte dans le RMA CSB.
	Taux de remplissage correct des rapports mensuels communautaires par les AC.	Rapports AC	Mensuelle	Equipe CSB	Nombre de rapports transmis avec tous les items correctement remplis/Total des rapports.	100% des items du rapport AC remplis.
	Taux de promptitude des rapports hebdomadaires.	RSH				
	Taux de complétude des rapports hebdomadaires.	RSH	Hebdomadaire			
	Taux de complétude des rapports mensuels.	RMA	Mensuelle	SIG SDSP, SIG régional	Nombre de rapports hebdomadaires ou mensuels reçus / Nombre de rapports attendus.	Complétude > 90%
	Taux de promptitude des rapports mensuels.	RMA				
	Qualité des données (validité, fiabilité, concordance).	RSH, RMA	Hebdomadaire et mensuelle	SIG SDSP, SIG régional	Qualité des données >90%.	Cofinancement MEval

Niveau Région et District	Proportion des régions et des districts qui disposent d'outils de compilation.	RMA ou rapports trimestriels	Mensuelle, trimestrielle	Points focaux (PF) SDSP et régions	Nombre de SDSP et de régions qui disposent du total des outils / Nombre total des SDSP et des régions.	
	Proportion des régions et des districts qui ont un accès permanent au portail web.	Site web	Annuelle	Ministère/PTF	Nb de régions et de districts qui ont un accès permanent au portail web/Nb de régions et de districts.	
	Proportion des districts et des régions qui disposent de GSIS/DHIS2 fonctionnel.	Rapport GSIS/DHIS2	Mensuelle et Trimestrielle	Ministère/PTF	Nb de districts et de régions qui disposent de GSIS/ Nb de régions et de districts.	
	Taux de promptitude des rapports des données compilées.	Rapports district et région	Hebdomadaire et mensuelle Trimestrielle	Central et DRSP	Nombre de rapports des données compilées transmis à temps / Nombre des rapports attendus.	Promptitude > 75%
	Pourcentage des districts qui ont soumis 100% des rapports mensuels attendus dans l'année.	Archives RMA DS niveau DRS	Annuelle	Région	Nombre de RMA reçus des DS/Nombre total de RMA attendus.	12 Rapports attendus par DS.
	Proportion des régions et des districts qui disposent d'outils de compilation.	RMA ou rapports trimestriels	Mensuelle, trimestrielle	Points focaux SDSP et régions	Nombre de SDSP et de régions qui disposent du total des outils / Nombre total des SDSP et des régions.	
	Taux de réalisation de réunions de revue de la qualité des données.	Rapport de rencontre	Trimestrielle	DLP	Nombre de rencontre tenues/Nb planifié.	Financement Evaluation
Taux de participation aux sessions de validation des données.	Rapport des sessions de validation des équipes EMAD	Trimestrielle	DLP	Nombre de participations/Nombre prévu.	Financement Evaluation	

Taux de concordance des données entre CSB et DS.	Rapport de supervision/vérification des données DLP	Trimestrielle	DLP	Nombre de rapports avec données discordantes/Total des rapports.	
Nombre de formations sanitaires présentant une incohérence entre le nombre de consultants et le cas de fièvre ou les signes évocateurs.	RMA DS	Trimestrielle	DLP	Nombre de FS présentant des incohérences/Total des rapports.	
Nombre de formations sanitaires présentant une incohérence entre le nombre de cas de fièvre ou signes évocateurs, et les RDT effectués.	RMA DS	Trimestrielle	DLP	Nb de FS présentant une incohérence entre les cas de fièvre et les RDT effectués/Total RMA.	La cohérence doit être supérieure à 90%.
Nombre de formations sanitaires présentant une incohérence entre le nombre de RDT effectués et le nombre total de RDT positifs.	RMA DS	Trimestrielle	DLP	Nombre de FS avec RDT incohérents/Total des rapports visités.	
Nombre de formations sanitaires présentant une incohérence entre le nombre total de RDT positifs et le nombre de RDT positifs traités à l'ACT.	RMA DS	Trimestrielle	DLP	Nombre de rapports avec incohérence/Total des rapports reçus.	
Pourcentage des DS avec moins de 90% de valeurs manquantes dans les RMA transmises au niveau région.	Rapport compilé niveau région	Trimestrielle	DLP	Nombre de Rapports compilés avec moins de 90% de valeurs manquantes/Total des rapports visités.	

	Nombre (%) de tous les cas suspects de paludisme confirmés par RDT.	RMA Districts	Trimestrielle	DLP	Nombre de RDT faits/Nombre de cas suspects.	100% des suspects doivent bénéficier d'un RDT.
Niveau central	Audit de la qualité des données (validité, fiabilité, concordance).	RSH, RMA	Semestrielle	SIG SDSP, SIG régional	Audit de la qualité des données (échantillon des rapports).	Qualité des données >90%
	Taux de promptitude des RMA.	RMA Compilé région	Mensuelle	RPD Région	Nombre de rapports reçus à temps/Total des rapports attendus de la période.	100% des RMA transmis selon les délais requis.
	Taux de complétude des RMA.	RMA Compilé région	Mensuelle	RPD Région	Nombre de rapports envoyés/Total des rapports attendus de la période.	100% des RMA attendus de la période sont transmis au niveau région.
Intervention prioritaire 10 : Amélioration de l'analyse, utilisation et diffusion des données à tous les niveaux.						
Niveau CSB et AC	Taux de réalisation de sessions internes d'analyse des données pour la prise de décision.	PV d'analyse mensuelle des données avec liste des participants élargie aux AC.	Mensuelle	Chef CSB	Nombre de sessions tenues/Total planifié.	Une réunion d'analyse des données par mois est optimale.
	Proportion des responsables paludismes formés sur l'analyse et l'utilisation des données.	Rapport de formation	Annuelle	DLP	Nombre de RGD formés/existent.	Financement MEval
	Proportion des gestionnaires de données niveau DS et région, qui utilisent les données (affichages, tableaux et graphiques de tendance mensuelle, preuves de dissémination).	- Tableau d'affichage dans le bureau du responsable de gestion des données. - Supports de rétro-information.	Trimestrielle	DLP	Nombre de DS/Régions qui pratiquent l'affichage/total visité.	La pratique de l'utilisation des données doit être régulière avec des supports adaptés.
Niveau national/Central	Nombre de bulletins épidémiologiques d'information élaborés.	Archives bulletins au niveau DLP	Annuelle	DLP	Nombre de bulletins mensuels produits/Total prévu dans l'année.	100% des bulletins prévus élaborés.

	Nombre de bulletins épidémiologiques de surveillance édités et diffusés en partenariat avec DVSSE/IPM.	Archives DLP	Trimestrielle	DLP	Nombre de bulletins trimestriels édités/Nombre attendu.	4 bulletins de SIMR édités avec DVSSE et IPM.
	Rapports de rétro-information du SNIS reçus des Directions en charge.	Archives rapports rétro-information	Trimestrielle	DSI/DEP/DVSSE	Nombre de rapports reçus des Directions centrales/Rapports attendus.	DSI/DEP doit diffuser trimestriellement un rapport de rétro-information des données du SNIS à tous les acteurs.
	Proportion des rapports de recherche partagés/diffusés avec les parties prenantes.	Rapport de recherche/résumés synoptiques	Annuelle	DLP	Nombre de rapports de recherche diffusés/Recherches achevées.	100% des résultats de recherche terminés sont partagés avec tous les acteurs.
	Taux d'acceptation des abstracts soumis aux conférences.	Rapports/Livre des abstracts	Annuelle	DLP	Nombre d'abstracts acceptés/Nombre soumis.	Au moins 50% des abstracts soumis sont acceptés.
	Diffusion du rapport annuel PTA/ S&E à tous les acteurs et partenaires.			DLP		
Intervention prioritaire 11 : Amélioration de l'exécution budgétaire pour la mise en œuvre des activités.						
Niveau national	Taux de mobilisation	Rapport financier trimestriel du service comptable	Annuelle	DLP/Service comptabilité	Budget du PSN mobilisé/Budget prévu.	100% des accords de financement mobilisés avant fin 2018.
	Taux de décaissement/d'absorption, dont la part consacrée aux activités de suivi-évaluation.	Rapport financier trimestriel du service comptable	Trimestrielle	DLP/Service comptabilité	Montant total des activités du trimestre dépensé/sur budget alloué et part proportionnelle pour le S&E.	100% du budget alloué décaissé et consommé.
	Taux d'absorption des ressources financières allouées.	Rapport financier trimestriel du service comptable	Trimestrielle	DLP/Service comptabilité	Proportion des dépenses réalisées par rapport au montant alloué.	
Intervention prioritaire 12 : Renforcement de la supervision intégrée à tous les niveaux.						
Niveau CSB et AC	Proportion des AC ayant reçu une supervision	Rapport de supervision CSB	Trimestrielle	Chef CSB	Nombre d'AC supervisés/AC fonctionnels.	100% des AC de l'aire du CSB supervisés.

	trimestrielle des équipes CSB.					
Niveau district	Proportion des CSB supervisés par trimestre.	Rapports de supervision DS	Trimestrielle	Med Inspecteur SDS	Nombre de CSB supervisés/Total des CSB de l'aire du DS.	100% des CSB supervisés par trimestre.
Niveau région	Proportion des DS supervisés par trimestre.	Rapports de supervision régions	Trimestrielle	DRSP	Nombre de DS supervisés par trimestre/Total des DS de la région.	100% des DS supervisés
Niveau national/Central	Proportion des supervisions intégrées, effectuées vers les régions/DS.	Rapports de supervision DLP	Trimestrielle	DLP	Nombre de régions/DS supervisés/Total des DS et des régions.	100% des structures bénéficient d'une supervision intégrée.
Intervention prioritaire 13 : Revue de la performance du programme paludisme.						
Niveau Central/DLP	Evaluation du PTA.	Rapport d'évaluation	Annuelle	DLP	1 Evaluation annuelle du PTA.	Le PTA doit être évalué par an sur les 5 ans.
	Revue à mi-parcours du PSN2018-2022 et du PSE.	Rapport de revue	2,5 ans	DLP	1 Revue à mi-parcours ;	Obligation de faire la revue à mi-parcours pour le recadrage.
	Mise à jour du profil épidémiologique du pays.	Rapport de stratification à 2 ans	2 ans	DLP	Mise à jour à 2 ans.	Important pour l'orientation des interventions.
Intervention prioritaire 14 : Mise en œuvre des recherches opérationnelles/évaluations afin de constituer une base factuelle pour le programme.						
Niveau Central	Taux de mise en œuvre des thèmes pertinents de recherches opérationnelles identifiés.	Rapports de recherche (Evaluation campagne MID 2018, Evaluation coût-efficacité CPS dans 10 DS)	Annuelle	DLP	Nombre de RO mises en œuvre/Thèmes identifiés.	Financement MEASURE Evaluation.
	Tenue de cadres de concertation et d'échanges sur les résultats de recherche avec les partenaires.	PV de réunions avec recommandations	Semestrielle	DLP	Nombre de réunions tenues/programmées.	
	Proportion des recherches opérationnelles sur le paludisme financées.	Accord d'allocation budgétaire	Annuelle	DLP/Service comptable	Nombre de RO financées/Nombre soumis.	

Intervention prioritaire 15 : Mise à jour de la stratification du risque de paludisme tous les deux ans.						
Niveau central/DLP	Proportion des districts sanitaires géo-référencés/disposant d'une carte sanitaire.	Rapport de cartographie	2 ans	DLP/Service SIG	Nombre de districts avec coordonnées GPS/Total des districts.	
	Proportion des districts classifiés selon le niveau OMS de risque paludique (contrôle, pré-élimination et élimination).	Rapport de cartographie	2 ans	DLP/SIG	Nombre de districts classifiés selon le profil épidémiologique OMS.	La stratification du pays permet de cibler les interventions.
	Mise à jour du profil épidémiologique du pays.	Rapport de stratification à 2 ans	2 ans	DLP	Mise à jour à 2 ans.	Important pour l'orientation des interventions.
Intervention prioritaire 16 : Mise en œuvre d'un protocole de surveillance active dans les zones en pré-élimination, et plan de riposte face aux épidémies.						
Niveau Central/DLP	Protocole de surveillance active du paludisme élaboré et validé.	Protocole de surveillance validé	Annuelle	DLP	1 protocole de surveillance active validé et utilisé par la DLP.	Financement MEASURE Evaluation
	Proportion des alertes investiguées.	Rapports (RSH, physique, électronique)	Journalière, hebdomadaire, mensuelle,	DLP/DVSSE	Nombre d'alertes investiguées / Nombre total des alertes reçues.	100% des alertes doivent faire l'objet d'une investigation.
	Existence d'un plan de préparation et de riposte aux épidémies/recrudescences.	Plan de riposte aux épidémies	5 ans	DLP	1 plan opérationnel de riposte validé.	
Intervention prioritaire 17 : Renforcement de la surveillance de routine dans les zones contrôle.						
Niveau CSB/AC	Proportion des AC formés sur la surveillance à base communautaire du paludisme.	Rapport de formation	Annuelle	DLP	Nombre d'AC formés/Nombre d'AC fonctionnels.	100% des AC forme à la SBAC du paludisme

	Proportion des AC dotés d'outils de SBAC paludisme.	Etat de dotation	Annuelle	DLP	Nombre d'AC dotés/Total d'AC fonctionnels.	
	Proportion des CSB qui pratiquent la surveillance électronique intégrée des maladies.	Rapport des données de surveillance hebdomadaire	Hebdomadaire	EMAD	Nombre de CSB équipés de tablettes qui envoient des données/Total des CSB dotés de tablettes.	
Niveau District	Proportion des CSB qui mettent en œuvre la surveillance hebdomadaire de routine.	Rapports hebdomadaires	Hebdomadaire	EMAD	Nombre de CSB qui rapportent/Total des CSB.	
	Proportion des alertes notifiées par les CSB au DS.	Fiche de notification			Nombre d'alertes avec fiche de notification remplie/Total des alertes du DS.	
	Proportion des alertes investiguées.	Rapport d'investigation	Hebdomadaire/Mensuelle		Nombre d'alertes investiguées/Total des alertes notifiées.	
Niveau région	Proportion des districts qui effectuent la surveillance hebdomadaire des maladies.	Rapport d'envoi des fiches hebdomadaire	Hebdomadaire	EMAD		
	Proportion des districts qui notifient les alertes d'épidémie au niveau central.	Fiche de notification des alertes	Hebdomadaire	EMAR		

3.1.7. Sources des données et système de rapportage

3.1.7.1. Types de données

Il existe différents types de données selon l'origine :

a) Données de routine des formations sanitaires

- Données de surveillance épidémiologique des maladies et la SIMR
- Surveillance spécifique des médicaments
- Données météorologiques
- Données satellitaires/ SIG

b) Données périodiques

- Recensement général de la population
- Sectorisation harmonisée
- Enquête sur les indicateurs du paludisme (enquête MEDALI, EIPM etc.)
- Recherches opérationnelles

3.1.7.2. Système de collecte de données

Le système de collecte des données est organisé selon les trois niveaux du système de santé.

Pour ce faire, différentes méthodes de collecte de données sont utilisées pour suivre l'évolution des indicateurs clés du programme.

a) Au niveau périphérique

- Le niveau périphérique est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé, chargée de la mise en œuvre et de suivi des activités par les AC et les agents de santé.
- Les agents communautaires se chargent d'enregistrer les cas reçus, de compiler des informations mensuelles relatives aux cas traités, de gérer les intrants et de rapporter les éventuelles épidémies au centre de santé de rattachement.
- Le renforcement des capacités des AC devrait leur permettre de jouer un rôle clé dans la mise en œuvre et le suivi des activités. L'intégration des activités des AC, telle que stipulée dans la politique nationale de santé communautaire, est l'un des défis majeurs dans la mise en œuvre des programmes de lutte mis en place.
- Les responsables des formations sanitaires (CSB, CHRD) sont chargés de l'enregistrement des cas, de la production de l'information locale à travers la collecte ou la notification des cas, de la compilation des rapports des sous-unités (sites communautaires), de l'élaboration du rapport mensuel, et de l'investigation locale pour les maladies/ événements sous surveillance. Les rapports mensuels

d'activités ou RMA sont envoyés pour être analysés et synthétisés au niveau du Service de District de la Santé Publique (SDSP).

- Le SDSP notifie les événements importants aux différents programmes de santé pour une action éventuelle, et transmet les rapports mensuels en version électronique au niveau régional et central. Le responsable statistique au niveau du district est chargé de compiler les rapports mensuels des centres de santé, d'élaborer un rapport mensuel à transmettre à la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP) et au niveau central par le Service de la Statistique Sanitaire et Démographique (SSSD) pour une analyse des performances, de réaliser le contrôle de la qualité et d'assurer la rétro-information.

Pour la Direction de Lutte contre le Paludisme, le logiciel Global Malaria Web (GMW) est utilisé à partir du niveau district.

Dans le cadre de la SEI, les données sont saisies sur téléphone ou tablette, et transmises via SMS ou internet. Elles sont stockées au niveau d'un serveur, et consultables sur le site web du Ministère de la Santé.

b) Au niveau intermédiaire

Représenté par la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP), il est le lieu de centralisation et de vérification initiale des rapports des SDSP. Le responsable des statistiques au niveau régional est chargé de transmettre les rapports mensuels des SDSP au SSSD, d'analyser les performances et la valeur des indicateurs, et d'envoyer la rétro-information.

c) Au niveau central

La structure centrale de la coordination est le SSSD. En plus de la collecte de données, cette structure est également chargée de coordonner, de centraliser, d'analyser, d'actualiser et de conserver l'information sanitaire. Ce niveau est également chargé d'élaborer les notes d'orientation pour soutenir le processus de prise de décision par le décideur du système de santé.

3.1.7.3. Gestion et analyse des données

3.1.7.3.1. Mode de gestion

La base de données paludisme utilise 2 modes de gestion de données :

a) Données physiques

Ce sont des rapports périodiques d'activités, de monitoring et de supervision, fournis en version papier par la DLP et les partenaires. Ces données sont stockées au niveau de la gestion de la base de données, et traitées en fonction de la demande.

b) Données électroniques

Il s'agit de données électroniques relationnelles utilisant des liens avec un logiciel de cartographie. La Direction utilise le logiciel « Global Malaria Web », accessible sur internet, qui permet de faciliter l'alimentation de la base de données par les districts et la visualisation des résultats par chaque responsable à chaque niveau du système : District, Région, Central, ainsi que les partenaires.

L'utilisation de ce site web a pour objectifs de :

- ✓ Disposer des informations en temps réel sur le progrès de la lutte contre le paludisme dans le pays ;
- ✓ Compiler les rapports d'activités des différents niveaux (partenaires, toutes les DPS, responsables régionaux, responsables districts) ;
- ✓ Compiler les données sur le paludisme par formation sanitaire et par district, incluant les données du niveau communautaire (morbidité, prévention, mortalité) ;
- ✓ Faciliter le suivi des indicateurs (processus, résultats, impact) ;
- ✓ Compiler les indicateurs du Programme par niveau (indicateurs du PSE, cadre de performance) ;
- ✓ Mettre à jour régulièrement la base de données.

Dans les perspectives, il est prévu de mettre en réseau la base de données avec les partenaires RBM. Les données des enquêtes spécifiques qui seront menées, telles que les enquêtes de chimiorésistance des parasites aux antipaludiques et des vecteurs aux insecticides, les enquêtes démographiques de santé, de progression des activités stratégiques, feront l'objet d'un traitement spécifique.

3.1.7.3.2. Infrastructures et équipements de travail

La cellule de SE et de la performance du Programme se trouve au sein du CNLP, et comprend deux divisions (divisions BDD et SE).

Les deux divisions sont équipées de matériel informatique ainsi que de mobilier adéquat pour mener à bien leur travail (ordinateurs, disques durs externes pour la sauvegarde périodique des informations, un serveur, etc.).

La cellule dispose également d'une connexion internet à haut débit pour l'accès et la mise à jour des données.

Toutefois, la base de données n'a pas de serveur externe pour la sécurité des données en cas d'incendie, d'inondation, etc.

3.1.7.4. Assurance de la qualité des données

3.1.7.4.1. 4.4.4.1 Qualité des données

L'importance de la qualité des données se trouve dans leur utilisation et les informations qu'elles génèrent pour orienter le processus de prise de décision. Dans la plupart des cas, les données sont utilisées pour : orienter les activités, planifier les interventions, la prise de décision régulière, développer des politiques et des stratégies, montrer l'ampleur d'une maladie ou d'un problème, et avoir l'adhésion des prestataires aux standards établis. Dans ce contexte, la mauvaise qualité des données va conduire à une mauvaise qualité des informations disponibles en rapport avec les projets ou les interventions, entraîner la dissémination de faux résultats, induire en erreur dans la prise de décision non basée sur des faits réels, et entraîner une utilisation non efficace des ressources.

L'assurance qualité des données implique également de s'assurer que toutes les dimensions de la qualité des données soient prises en compte dans le processus décisionnel, à savoir : la validité des données, leur fiabilité, leur précision, la complétude, la promptitude, l'intégrité des données et la confidentialité des données.

La qualité comprend tous les éléments d'une bonne information, permettant une prise de décision adéquate et répondant exactement aux besoins des décideurs et des autres utilisateurs de l'information sanitaire. La qualité est constituée des dimensions suivantes : l'intégrité du système d'information, l'exactitude, la disponibilité, la rapidité de la transmission et d'accessibilité à temps réel des données, et la capacité d'agrégation des données et d'interprétation de l'information.

3.1.7.4.2. Contrôle qualité des données du paludisme

Le contrôle de la qualité des données est une activité systématique dès la collecte et/ou la réception des données. Il a lieu avant, pendant et après la saisie des données dans une base. Il permet de s'assurer de la cohérence des données qui sont liées ou supposées être liées. Les dimensions validité, fiabilité, complétude et probité sont évaluées de façon rapide lors du contrôle qualité des données.

Le contrôle qualité des données peut se faire de deux façons :

- **Soit manuellement** : il consiste dans ce cas à parcourir les registres de consultation, les supports de collecte et les rapports pour identifier les problèmes de qualité des données.
- **Soit de façon informatique** : il consiste dans ce cas à mettre en place des règles ou des outils informatiques, tels que les valeurs minimum, maximum, les graphiques, la triangulation des données, et les systèmes d'alerte pour identifier les problèmes de qualité des données.

Le contrôle qualité des données doit se faire à tous les niveaux du système de santé, à travers le SNIS intégré qui prend en compte les données du paludisme.

3.1.7.4.3. Contrôle qualité des données au niveau central

A ce niveau, le contrôle qualité des données saisies par les districts et hôpitaux se fait dans la base GESIS/Channel, afin de déceler les incohérences et les valeurs manquantes. Le programme paludisme dispose d'une application Global Malaria Program web, qui permet de faire la saisie des données au niveau district et région par les responsables paludisme.

La triangulation des données se fait en comparant les données du Programme avec les données de surveillance de l'IPM et de la DVSSE par l'équipe de la base de données. Celle-ci contribue à fournir des informations de qualité au programme paludisme.

3.1.7.4.4. Contrôle qualité des données au niveau régional

Le contrôle qualité des données doit se faire mensuellement dans la base GESIS par le responsable de gestion des données au niveau régional, en collaboration avec le responsable paludisme régional.

La vérification doit prendre en compte les valeurs manquantes, aberrantes, cohérentes, et les moyennes des indicateurs qui devront être comparées avec les données antérieures afin de déceler des phénomènes anormaux.

3.1.7.4.5. Contrôle qualité des données au niveau hospitalier

Le contrôle qualité des données doit être réalisé au niveau des services et des unités de soins. Ces activités de contrôle qualité consistent en une vérification du respect des méthodes et des procédures de collecte, du remplissage correct des outils et de l'évaluation de la précision dans le rapportage. Ces activités sont assorties de rapports, qui sont transmis à la région pour exploitation. Le niveau de concordance des données doit être vérifié et validé.

3.1.7.4.6. Contrôle qualité des données au niveau des districts

Le contrôle qualité des données doit se faire de façon systématique par les responsables de données des Districts, dès la réception des rapports mensuels d'activités et des autres rapports, en présence des chefs CSB ou de l'agent de santé qui transmet le rapport en question. Cette première vérification permet aux deux personnes de s'assurer de la complétude des items, et de la cohérence entre certains indicateurs liés ou supposés être liés. Une seconde vérification doit être faite par le RPD avant la saisie des données dans le **GESIS/CHANNEL**. Une fois les données saisies, les valeurs des indicateurs liés sont comparées entre elles. Les valeurs moyennes, les valeurs minimales et maximales sont calculées ou recherchées, et comparées à celles des périodes antérieures.

L'EMAD doit conduire des visites de contrôle qualité des données dans les formations sanitaires. Ce contrôle met l'accent sur les formations sanitaires, pour lesquelles les erreurs sont récurrentes pour certains indicateurs clés du paludisme.

3.1.7.5. Circuit et utilisation des données

3.1.7.5.1. Circuit de l'information sanitaire de routine des formations sanitaires

Pour remédier aux retards de l'utilisation des données pour les prises de décision et les planifications stratégiques, la transmission rapide et l'acceptabilité en temps réel des données sanitaires sont indispensables, voire prioritaires. Des délais de rapportage sont définis par le Ministère pour assurer la complétude et la promptitude des données.

Les données sont transmises du niveau des formations sanitaires aux différents niveaux hiérarchiques de la pyramide sanitaire, depuis le niveau périphérique jusqu'au niveau central. Le schéma suivant résume les différents circuits des données ainsi que la périodicité de leur transmission.

Les CSB sont soumis à l'envoi des rapports mensuels aux districts qui, à leur tour, doivent envoyer des rapports de synthèse au niveau régional. La région qui assure la coordination doit également envoyer des rapports au niveau central, selon les délais définis dans le circuit de l'information sanitaire de routine. La figure ci-dessous illustre le circuit des données du SNIS.

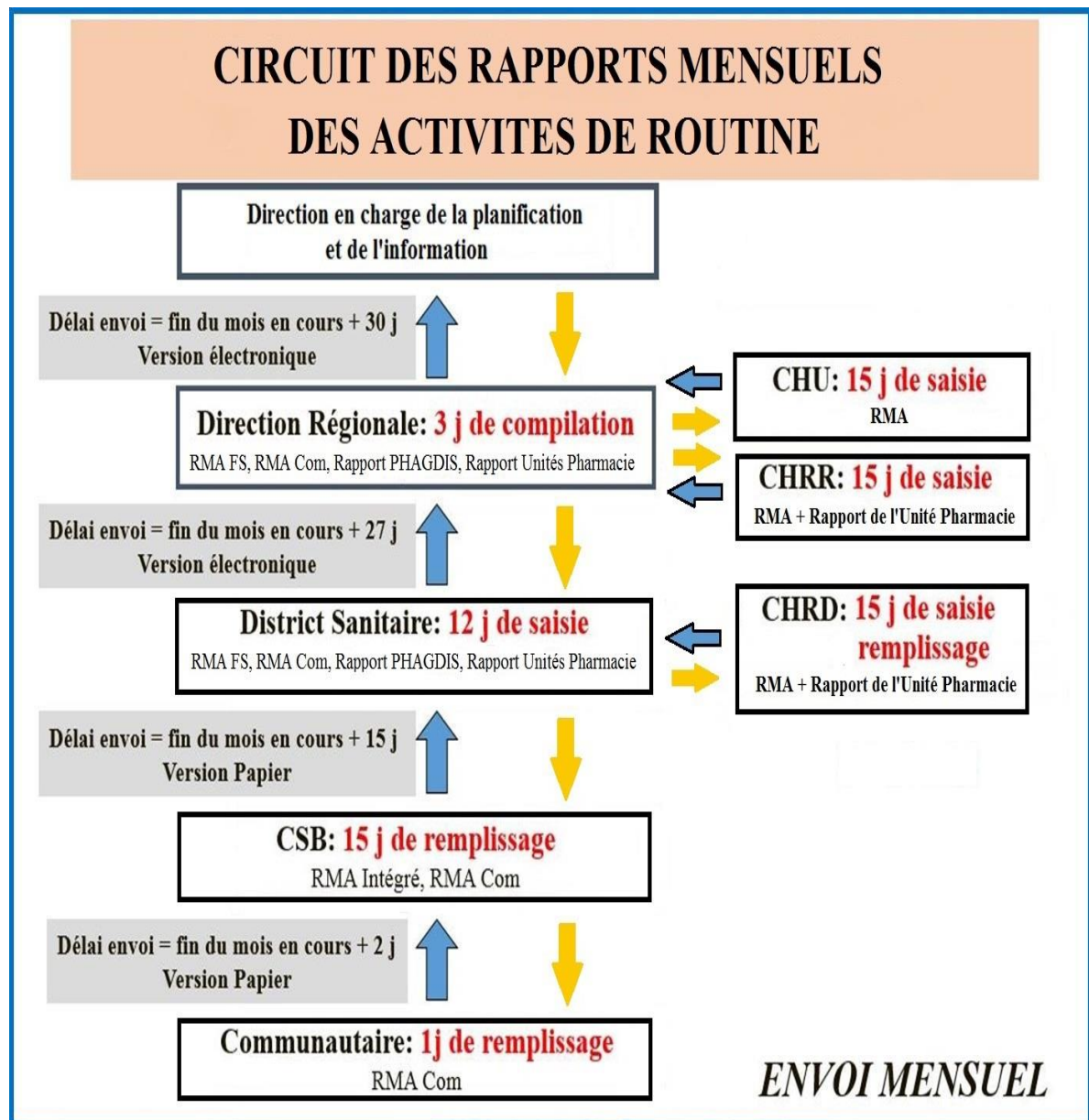


Figure annexe 2 : Circuit de l'information sanitaire de routine (source SSSD/DEP/MSANP).

3.1.7.6. Circuit de l'information de la Surveillance Electronique

Les données de la surveillance électronique sont collectées par un circuit standard géré par la DSI et la DVSSE dans le cadre de la SIMR. Il offre l'avantage de mettre les données de surveillance en temps réel, à travers un portail web accessible par des acteurs autorisés et les services demandeurs de données.

La figure ci-dessous illustre le circuit de la SEI.

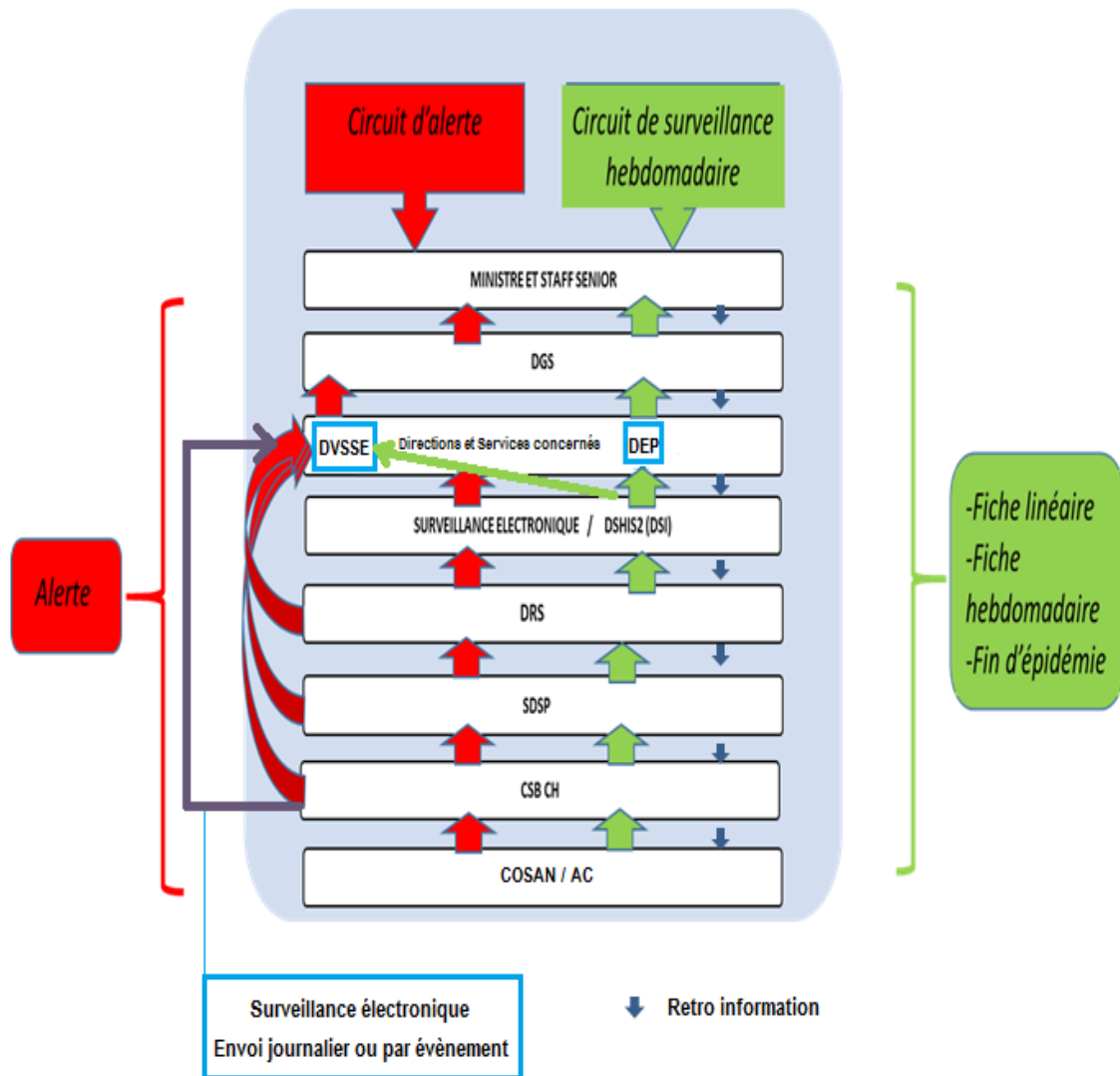


Figure annexe 3 : Circuit de l'information de la SEI

3.1.7.7. Production des rapports

La production des rapports se fait soit hebdomadairement (rapport de surveillance), soit mensuellement (RMA) à tous les niveaux du système de santé ; des canevas standards sont utilisés à cet effet.

3.1.7.8. Diffusion des données

La diffusion des données est une étape importante qui permet de mettre à la disposition des parties prenantes des informations utiles à la prise de décision.

Le SSSD élabore des documents de support de diffusion de l'information, tels que l'annuaire statistique, le bulletin Trimestriel de Santé. Par ailleurs, la DLP produit le Bulletin périodique sur le paludisme.

La diffusion des données peut se faire lors des conférences scientifiques nationales et internationales, sous forme de communication orale ou de poster.

3.1.7.9. Utilisation des données

L'utilisation des données est nécessaire pour l'action en santé. Pour ce faire, un plan détaillé de dissémination des données et d'utilisation de l'information produite à tous les niveaux, est indispensable et doit être intégré dans le Guide technique de S&E.

Ainsi, l'information produite aidera à la prise de décision pour :

- Améliorer la mise en œuvre des interventions en apportant les corrections nécessaires,
- Contribuer aux engagements pris par le pays au niveau international et dans la sous-région,
- Rendre compte de l'utilisation des ressources,
- Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources complémentaires,
- Améliorer la gouvernance et la transparence dans la gestion du système de santé,
- Mieux cibler les interventions à haut impact pour le Programme.

L'utilisation des données peut se faire à travers un plan d'utilisation des données, comme représenté dans le tableau ci-dessous :

Tableau annexe 3 : Plan d'utilisation des données

INDICATEUR	UTILISATIONS	PARTIES PRENANTES	MECANISME	FORMAT
Taux de mortalité imputable au paludisme	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser les directives de prise en charge • Réviser les stratégies de lutte 	RBM PMI/USAID OMS NMF ONGs	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier de restitution • Policy briefs • E-mail • Site web 	Résumés Présentation PowerPoint
Proportion de ménages avec au moins une MILDA pour deux personnes (nouveau)	Niveau de protection de la population, Planification des besoins en MILDA	RBM PMI/USAID OMS NMF ONGs	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier de restitution • Policy briefs • E-mail • Site web 	Résumés Présentation PowerPoint
Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MILDA la nuit précédente	Niveau de protection des enfants Planification des besoins et stratégies de couverture	RBM PMI/USAID OMS NMF ONGs	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier de restitution • Policy briefs • E-mail • Site web 	Résumés Présentation PowerPoint
Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une MILDA la nuit précédente	Protection des femmes enceintes et prise de mesures pour combler le gap	RBM PMI/USAID OMS NMF ONGs	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier de restitution • Policy briefs • MPR • E-mail • Site web 	Résumés Présentation PowerPoint
Proportion de femmes ayant reçu 3 doses ou plus de TPI lors des visites de la CPN lors de leur dernière grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de protection de la FE du paludisme à travers les CPN • Planifier les besoins en SP • Adapter les stratégies du TPI chez la FE 	RBM PMI/USAID OMS NMF ONGs	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier de restitution • Policy briefs • MPR • Réunion périodique des partenaires 	Résumés Présentation PowerPoint
Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu des CTA (ou autre traitement de première ligne), parmi les enfants avec un paludisme confirmé lors des 2 dernières semaines ayant reçu un traitement antipaludique quelconque	Niveau de couverture du traitement par CTA	RBM PMI/USAID OMS NMF ONGs	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier de restitution • Policy briefs • MPR • Réunion périodique des partenaires 	Résumés Présentation PowerPoint

3.1.8. Evaluation de l'impact du PSN 2018-2022

Un des objectifs du plan de suivi-évaluation est d'améliorer la performance du programme paludisme en termes d'efforts de réduction de l'incidence du paludisme, de la mortalité du paludisme, mais aussi de l'impact socioéconomique et sanitaire du paludisme comme effort global du pays. Dans cette optique, l'utilisation de méthodes d'évaluation éprouvées avec une forte validité externe et différentielle est importante.

Toutefois, la méthode d'évaluation choisie devrait être adaptée en fonction de l'intervention du programme à mesurer, selon qu'il s'agit d'une évaluation de processus, de résultats/d'effets et/ou d'impact.

Ainsi, pour le présent PSN 2018-2022, une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale seront réalisées avec l'appui technique d'un groupe d'experts selon les normes de l'OMS. Elles vont permettre de déterminer l'état d'avancement de Madagascar vers le processus d'élimination du paludisme. Ceci va dicter les nouvelles réorientations stratégiques selon la nouvelle stratification et les interventions spécifiques. Pour chacune des évaluations, un rapport complet sera élaboré et présenté au cours d'un atelier de restitution auquel prendront part toutes les parties prenantes. Les recommandations issues des évaluations serviront à corriger les insuffisances de la mise en œuvre, et à réaliser les planifications futures.

3.1.8.1. Méthodes projetées d'évaluation de l'impact des interventions

L'évaluation de l'impact des stratégies mises en œuvre utilisera une méthodologie rigoureuse, sous forme d'évaluation pré et post-intervention, avec la randomisation des districts pour la mesure réelle de l'intervention et l'attribution des causales de stratégie. Les méthodes courantes sont résumées dans le tableau annexe 4.

Tableau annexe 4 : Vue d'ensemble des méthodes d'évaluation

INDICATEURS	METHODE D'EVALUATION	JUSTIFICATION DU CHOIX	INCONVENIENTS
MESURE DE L'IMPACT DU PROGRAMME			
Morbidité (globale, enfant de moins de 5 ans, femmes enceintes)	Enquêtes transversales (MIS, EDS, Etudes spécifiques) Types <ul style="list-style-type: none"> • Expérimentale, • Quasi-expérimentale, • Non-expérimentale. 	Plus représentative de la population.	<ul style="list-style-type: none"> • Coûteuse, irrégulière.
	Revue périodique des données de routine Type <ul style="list-style-type: none"> • Aléatoire en grappe, de convenance, mixte avec volet qualitatif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte facile. • Moins coûteuse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Données limitées.
	Revue du programme : Enquête transversale stratifiée par grappe en fonction des écotones.	<ul style="list-style-type: none"> • Données de performance pour les responsables de projet. • Fournit des données aux bailleurs de fonds sur ce qui a été réalisé à travers leur investissement. • Evaluation rapide d'impact. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite plus de temps pour monter les progrès ou les résultats. • Problèmes de qualité des données. • Validité externe faible.
Mortalité (globale, enfants de moins de 5 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • Revue périodique des données de routine (formation sanitaire, centre hospitalier, communauté). Type : enquête transversale (MIS, EDS). <ul style="list-style-type: none"> • Aléatoire en grappe, convenance, mixte avec volet qualitatif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte facile, • Moins coûteuse, • Données en temps réel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Complétude et promptitude limitées, • Non représentative de la population (Limitée au niveau des centres de santé. Absence de diagnostic pré et post mortem au niveau de la communauté).
Réduction de la densité vectorielle des interventions (PID, CAID)	Enquête entomologique transversale (densité vectorielle des sites productifs, taux d'inoculation entomologique, capacité vectorielle etc.).	<ul style="list-style-type: none"> • Facile à faire dans les zones/eaux de stagnation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demande beaucoup de ressources. • Cartographie exhaustive des gîtes larvaires difficile à avoir.
Taux de résistance des parasites aux médicaments antipaludiques	Essai randomisé contrôlé de phase IV chez différents groupes d'âge à J7, J28 et J42	<ul style="list-style-type: none"> • Screening facile des patients TDR+ avec paludisme simple. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demande beaucoup d'investissement matériel et financier.

3.1.9. Surveillance et riposte

Il s'agit d'une composante importante dans le contrôle et l'élimination du paludisme, qui fera l'objet d'une attention particulière au cours des 5 années à venir.

3.1.10. Indicateurs de mesure de la performance du système de surveillance

	INDICATEURS DE MESURE DE LA PERFORMANCE/SURVEILLANCE
1	Transmission à temps des données de routine au niveau central par toutes les formations sanitaires (CSB, CHR/CHU/ES) / Quand ? Périodicité ?
2	Ensemble des données communautaires transmises au niveau central. Quand ? Périodicité ?
3	Rétro-informations sur la qualité des données envoyées au niveau régional (22 régions/mois). Quand ? Périodicité ?
4	L'Ensemble des districts présentent une diminution d'au moins 30% de l'incidence / tous les ans ?
5	L'intégralité des alertes notifiées sont vérifiées dans la semaine de leur apparition.
6	Toute la population des zones d'alerte est testée lors de l'investigation/la riposte.
7	L'ensemble des cas confirmés sont traités correctement selon le protocole national, au cours de l'investigation.
8	La totalité des épidémies détectées/des situations d'urgence sont contrôlées respectivement dans un délai de deux semaines de leur survenue/détection.

3.1.11. Coordination et suivi de la mise en œuvre des activités

3.1.11.1. Coordination et suivi de la mise en œuvre des activités de lutte antipaludique

Le succès de la mise en œuvre du PSE nécessite la mise en place d'un mécanisme de coordination efficace. L'élaboration du Plan S&E de la DLP obéit au « principe des 3 un », dit "three ones" :

1. Un même mécanisme de coordination pour la lutte contre le paludisme dans le pays, qui se fait d'une part à travers le Comité RBM élargi, le CCM, et d'autre part à travers le Ministère de la Santé Publique (MSANP).
2. Un même plan stratégique de lutte contre le paludisme pour le pays : l'actuel plan stratégique couvre la période 2018-2022 pour permettre à la DLP d'accélérer le processus sur l'évolution selon le continuum de l'élimination.
3. Un même système national de suivi-évaluation pour la lutte contre le paludisme : ce Plan de S&E 2018-2022 est le document de référence pour le suivi-évaluation. A chaque service, un responsable existe pour la collecte des données.

Ainsi, toutes les activités de coordination de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme, se feront à travers les instances de coordination et de gestion mises en place par le département

de la santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire. L'élaboration de ce plan a été réalisée avec la contribution du partenariat RBM/MEASURE Evaluation.

3.1.11.2. Partenariat en faveur du suivi-évaluation du paludisme

Le partenariat S&E sera construit sur les acquis existants, conformément aux axes du Plan stratégique de la DLP 2018-2022. L'un des objectifs de ce plan S&E est l'harmonisation du système mis en place avec tous les partenaires du RBM. Dans le cadre de l'Initiative « RBM », les partenaires appuient le pays dans la mise en œuvre et le suivi-évaluation des interventions de lutte contre le paludisme, notamment le Fonds Mondial, l'OMS, l'UNICEF, l'USAID/PMI (PSI, MEASURE Evaluation etc.), la Principauté de Monaco, l'Institut Pasteur, l'INSTAT. Aussi, il existe des cadres de collaboration entre la DLP et les autres Directions du Ministère (DEP, DSI, DVSSE, etc.) d'une part, et des ONG/Associations nationales d'autre part.

Tableau annexe 6 : Autres indicateurs spécifiques du suivi-évaluation

	Indicateurs spécifiques
1	Les Districts et les CSB performants reçoivent leur prime annuelle (Diminution de l'incidence d'au moins 30%).
2	2 Réunions de coordination annuelles, effectuées entre le niveau central et les responsables régionaux.
3	Revue annuelle du programme effectuée avant le mois de Décembre de l'année en cours.
4	Réunions de coordination entre le niveau central et les responsables des centres hospitaliers des 6 ex-provinces, avant Janvier 2019.
5	11 régions supervisées semestriellement par le niveau central, à partir de 2018 jusqu'en 2022.
6	57 districts supervisés trimestriellement par le niveau régional, à partir de 2018 jusqu'en 2022.
7	700 CSB supervisées trimestriellement par le niveau district, à partir de 2018 jusqu'en 2022.
8	Canevas de supervision intégrée du Programme à jour, et distribué auprès des partenaires avant Juin 2020.
9	Deux enquêtes nationales transversales sur l'efficacité des MID seront effectuées un an après la distribution (campagne universelle).
10	Une enquête nationale transversale sur l'efficacité des CAID est effectuée 3 mois après chaque aspersion.
11	Une étude sur la faisabilité du TPI au niveau communautaire réalisée à partir de mars 2018.
12	Evaluation du projet de TPI communautaire dans les zones de démonstration effectuée (à moyen terme 2019, et à la fin du projet en 2022).
13	Deux études comportementales des gens face à la Lutte contre le Paludisme (étude anthropologique) réalisées jusqu'en 2022.
14	Une Enquête sur l'indicateur d'impact du Programme Paludisme (RIA 2020) réalisée.
15	Deux enquêtes sur l'indicateur du Paludisme à Madagascar (EIPMD) MIS 2019- 2022.
16	Un Mid-term Review réalisé en 2020.
17	Un Malaria Program Review réalisé en 2022.
18	250 bulletins d'information trimestriels, multipliés et diffusés trimestriellement à partir de 2017.

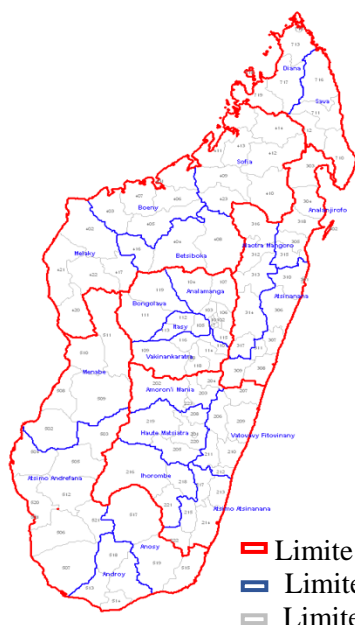
19	25 membres du personnel de suivi et d'évaluation du programme seront formés sur les méthodes des concepts statistiques liés au Paludisme.
20	114 responsables au niveau district seront formés sur la connaissance en suivi, évaluation et surveillance.
21	3000 AS des CSB privés et publics seront formés sur le remplissage d'outils de suivi et de surveillance.
22	Suivi formatif des 22 régions formées en suivi et évaluation, réalisé par le niveau central (en 2018).
23	Suivi formatif des 114 districts formés en suivi et évaluation, réalisé par le niveau régional (6 mois après la formation).
24	Formation des 15 responsables de l'unité de suivi et d'évaluation sur l'utilisation d'un support de partage des données, avec diffusion au sein de RBM.
25	Réalisation de la formation des 25 responsables du suivi et de l'évaluation du Programme sur les logiciels de suivi en 2018.
26	Formation des 25 responsables du suivi et de l'évaluation du Programme sur la méthodologie d'élaboration des rapports de revue et d'évaluation en 2018.
27	Mise à jour des compétences des 25 responsables du suivi et de l'évaluation du Programme sur l'utilisation du logiciel ARCGIS en 2020.
28	Atelier de 35 personnes sur la publication des documents de bonne pratique en matière de Lutte contre le Paludisme (1 atelier par an).

3.2. Annexe 2 : Liste des sous-comités RBM S&E

- Cellule de Suivi et d'Evaluation et de la performance de la DLP.
- Suivi et Evaluation de la DEP/MSANP (Direction d'étude et de la Planification).
- Direction de la Veille Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologie (DVSSE/MSANP).
- Direction du Système d'information.
- OMS.
- USAID/MEASURE Evaluation
- Suivi et Evaluation de PMI.
- Suivi et Evaluation des PR responsables (ex. PSI, UCP, etc.).
- Suivi et Evaluation des ONG (ex. Mahefa, Mikolo, MCSP, ASSOS, etc.).

3.3.MADAGASCAR EN BREF

- **Carte administrative, géographie**



L'île est située entre 11°57' et 25°30' de latitude Sud et 43°14' et 50°27' de longitude Est, dans l'hémisphère Sud, Sud-Ouest de l'Océan Indien, à cheval du tropique du Capricorne. Madagascar est une île continentale, se trouvant au cinquième des plus grandes îles du monde avec une superficie de 587 401 km².

Le pays dispose administrativement 22 régions avec une subdivision de : 119 districts administratifs, 113 districts sanitaires, 1 693 communes et 18 251 Fokontany.

- **Aspects démographiques et économiques**

Selon les données démographiques d'INSTAT, la population est estimée à 24 430 325 d'habitants en 2016 avec une densité relative de 42 habitants au km² (projection RGPH 1993). Elle est surtout caractérisée par une population jeune avec une proportion de 42% des moins de 15 ans. Les enfants moins de 5 ans représentent 18% de la population. La densité populaire prédomine surtout dans l'haute terre centrale regroupant près de 45% de la population totale.

L'instabilité politique ayant frappé le pays a entraîné des impacts négatifs sur l'état économique du pays. Après la dernière crise politique de 2009, de 2011 en 2016, le taux moyen de 2,6% de la croissance de PIB a été dépassé. Malgré, un taux extrême de pauvreté de 77,8% en 2012 a été constaté. Le pays reste confronté à de nombreux défis : 90% de la population vit dans la pauvreté, le PIB par habitant s'élève à 420 dollars, un enfant sur deux des moins de 5 ans souffre de malnutrition chronique. Le pays se trouve au 154^{ème} rang sur 187 pays selon l'indice de développement humain réalisé en 2015.

- **Climat**

Madagascar se trouve en majorité dans la zone intertropicale. Ainsi, le climat de l'île est déterminé par les grands centres d'action météorologique : d'une part, l'anticyclone des Mascareignes durant l'été et d'autre part par les basses pressions équatoriales situées au nord. En outre, le paludisme est une maladie infectieuse endémo-épidémique surtout importante pour les populations vivant dans les zones intertropicales.

L'île dispose principalement 5 régions climatiques : (i) littoral Est caractérisé par un climat chaud et humide, (ii) hautes terres jouissant un climat tropical d'altitude, (iii) Côte et région Ouest caractérisé par un été chaud et humide, (iv) extrême Sud avec un climat de type semi-aride et (v) région de Sambirano avec un climat analogue à celui de la côte Est.

Cependant, Madagascar est exposé à des risques élevés de changement climatiques. En corollaire, le développement des vecteurs dépend des conditions climatiques principalement de la chaleur et de l'humidité. En conséquence, des changements épidémiologique (parasitologique et entomologique) ont été constaté, secondaire à la fois à ce changement climatique et aux interventions de lutte menées antérieurement.

- **Principaux indicateurs de santé**

Indicateurs	Valeurs
1. Population totale en 2016	24 894 551
2. Population âgée de 0 à 14 ans (% du total) en 2016	41,3
3. Espérance de vie à la naissance, total (années) en 2015	65,5
4. Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) en 2016	34,0
5. Taux de mortalité infantile, moins de 5 ans (pour 1 000) en 2016	46,4
6. Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans en 2016	37 373
7. Ratio de décès maternel (estimation nationale, pour 100 000 naissances vivantes) en 2013	480,0
8. Prévalence de la malnutrition (% des enfants de moins de 5 ans) en 2004	15,2
9. Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (% du total) en 2013	44,3
10. Ratio de la population pauvre disposant de moins de \$ 1,90 par jour en 2012 (% de la population)	77,8
11. Dépenses en santé, total (% du PIB) en 2014	3,0
12. Dépenses en santé, publiques (% du total des dépenses en santé) en 2014	48,4
13. Dépenses en santé, publiques (% des dépenses du gouvernement) en 2014	10,2
14. Dépenses en santé, privées (% du PIB) en 2014	1,6
15. Taux d'alphabétisation, total des adultes (% des personnes âgées de 15 ans et plus) en 2012	71,6
16. RNB par habitant, (\$ PPA internationaux courants) en 2016	35 962 140 356

Sources: World Bank staff estimates based

Situation sanitaire de Madagascar

Sur le plan sanitaire, des efforts ont été menés dans le but d'améliorer les disponibilités des soins de santé à Madagascar. Ils ont été surtout mis pour : réduire les mortalités maternelle et néonatale, améliorer la santé infantile, éradiquer la poliomyélite, lutter contre le paludisme et contre les maladies tropicales négligées. Cependant, la protection de la population face aux problèmes de santé reste insuffisante.

La mortalité infantile reste un grand défi à relever. Chaque année, environ 44.000 enfants âgés de moins de cinq ans meurent, soit 120 par jour suite à des causes qui peuvent être prévenues : pneumonie (21%), paludisme (20 %) et diarrhée (17 %). Le retard de croissance affecte 47% des enfants de moins de 5 ans. La mortalité maternelle est élevée, environ 3.000 femmes par an meurent de causes liées à la grossesse, soit 8 chaque jour.

Une lutte contre la poliomyélite a été menée en 2016 suite à la découverte des souches de virus en 2015. Une épidémie de peste est rapportée annuellement. L'incidence de la tuberculose ne cesse d'augmenter avec un rythme de croissance de l'incidence de 5%/an. En 2014, le taux de notification de la tuberculose était de 89/100 000 habitants.

Le pays est confronté à la fois au problème des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles. La filariose lymphatique fait partie des maladies tropicales négligées endémique dans 99 districts sur 113 du pays. La prévalence moyenne est de 8,91%. Les schistosomias, urinaire et intestinale, sont endémiques dans 106 districts. La lèpre reste un problème de santé publique avec plus de 1000 nouveaux cas par an.

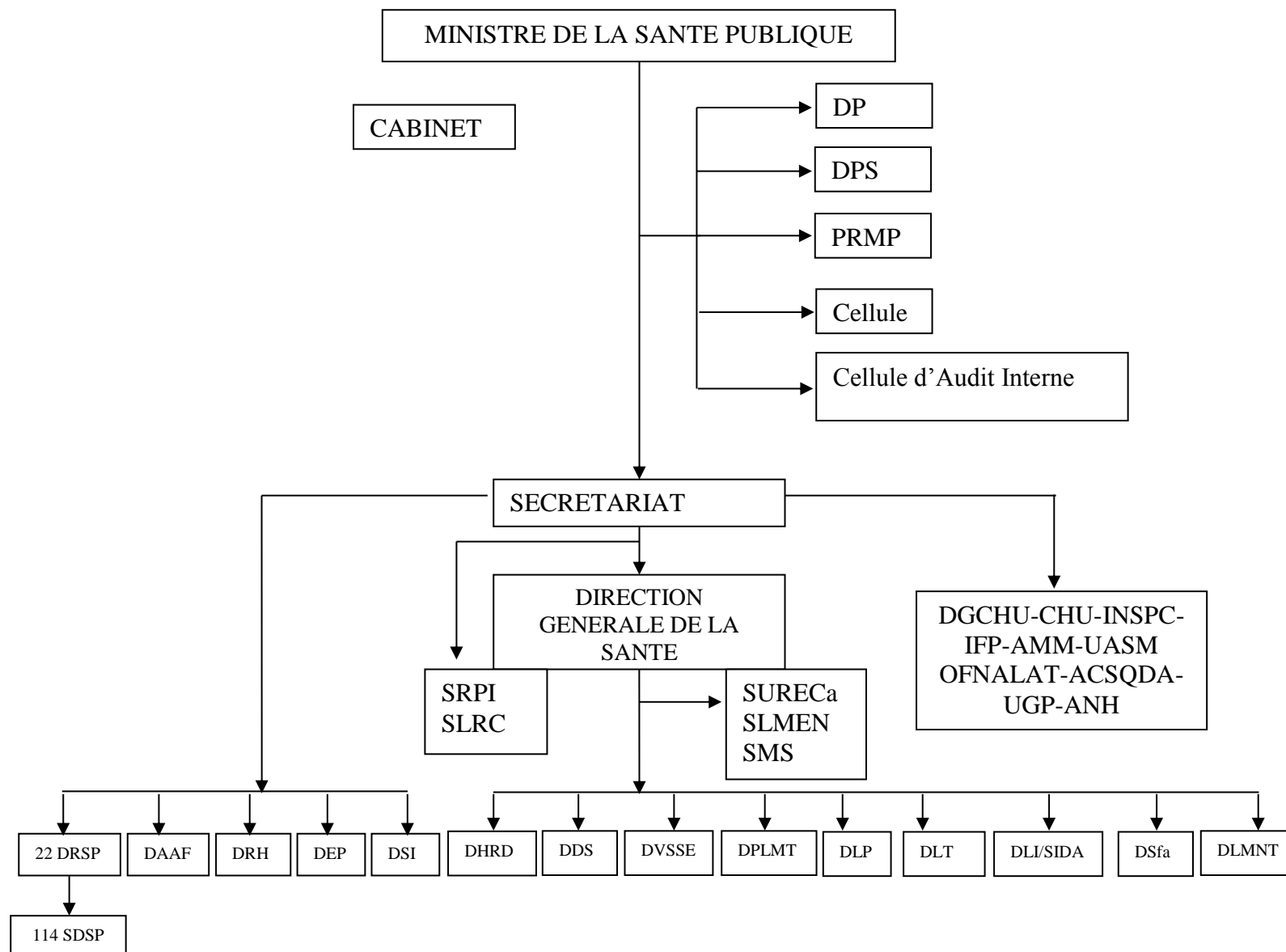
Les maladies non transmissibles sont responsables de 49% des décès. L'HTA se voit chez 36% de la population. Environ 880 000 cas le nombre de diabétiques sont estimés. Pour les cancers, leur dépistage reste faible. Seulement 1500 cas par an de cancer sont dépistés pour un état estimé de 20 000 cas avec 50% de cancers gynécologiques.

Système de santé de Madagascar

Relatif à l'organisation du système de santé, le pays possède un système pyramidal à 4 niveaux fonctionnels :

- Le niveau central responsable de l'orientation globale de la politique nationale, des grands axes stratégiques et de la mise en œuvre,
- Le niveau régional qui exécute et met en œuvre au niveau de la région et des districts sanitaires de rattachement,
- Le niveau district assure toutes les activités de lutte (au niveau des centres hospitaliers et des centres de santé de base, y compris le secteur privé). Ces formations sanitaires assurent les activités promotionnelles, préventives et curatives,
- Le niveau communautaire qui est à la fois un acteur et un bénéficiaire, à la base du système.

3.4. ORGANIGRAMME MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



Cadre de performance

INDICATEURS	Données de base		CIBLES PAR ANNEE				
INDICATEURS D'IMPACT	Valeurs	Sources	2018	2019	2020	2021	2022
Cas de paludisme enregistrés, présumés et confirmés (cas confirmés)	1 525 279	SNIS - Routine Data	1 289 513	849 204	562 527	374 843	251 263
Cas de paludisme confirmés (par microscopie ou test de dépistage rapide) pour 1000 habitants par an.	63,13	SNIS - Routine Data	50,53	32,37	20,86	13,52	8,82
Pourcentage de décès attribué au paludisme confirmé parmi tous les décès enregistrés au niveau des hôpitaux.	7%	SNIS - Routine Data	4,0%	2,4%	1,5%	0,87%	0,5%
Nombre de décès de patients hospitalisés dus au paludisme pour 100 000 habitants et par an.	1,83	SNIS - Routine Data	0,66	0,396	0,238	0,143	0,086
Taux de positivité du paludisme	32%	SNIS - Routine Data	22,96%	14,82%	9,62%	6,29%	4,13%
Létalité liée au paludisme en milieu hospitalier.	5%	SNIS - Routine Data	4%	2%	1%	1%	1%
Proportion de cas de paludisme simple (confirmés) parmi les malades vus en consultation externe des CSB.	6%	SNIS - Routine Data	4%	2%	2%	1%	0,66%
Proportion de cas de paludisme simple (confirmés) parmi les cas de fièvre vus au niveau des sites communautaires.	45%	SNIS - Routine Data	29%	19%	12%	8%	5%
Proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une infection palustre.	7%	Malaria Indicator Survey	5%	3%	2%	1%	1%

INDICATEURS D'EFFETS ET INDICATEURS DE PROCESUS							
MID	2016	Sources	2018	2019	2020	2021	2022
Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	73%	Malaria Indicator Survey		84%			97%
Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	69%	Malaria Indicator Survey		79%			91%
Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes	54%	Malaria Indicator Survey		60%			70%
Proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	68%	Malaria Indicator Survey		80%			90%
Proportion de personnes utilisant une moustiquaire imprégnée d'insecticide parmi les personnes disposant d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide	86%	Malaria Indicator Survey		94%			95%
Proportion de ménages équipés d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes et/ou ayant fait l'objet de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent au cours des 12 derniers mois	81%	Malaria Indicator Survey		89%			98%
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée distribuées aux populations à risque à travers les campagnes à grande échelle.	10 640 000	Rapport Campagne	11 696 954			5 836 638	
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées en routine aux groupes à risque cibles (Femmes enceintes, enfants <1 an, Enfant gravement malade).	142 292	SNIS - Routine Data	1 857 008	1 758 400	1 247 395	959 718	162 970

INDICATEURS D'EFFETS ET INDICATEURS DE PROCESUS							
MID	2016	Sources	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées en mode continue aux populations à risque	ND	Données PSI/DLP		787 290	1 214 001	1 663 991	855 291
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées en mode marketing Social	205217	Données PSI	4 500	4 500	4 500	4 500	4 500
CAID							
Pourcentage de la population protégée par la pulvérisation intra domiciliaire au cours des 12 derniers mois	98%	Rapport d'aspersion	95%	95%	95%	95%	95%
TPI							
Pourcentage de femmes bénéficiant de soins prénatals	58,29%	SNIS - Routine Data	80%	82%	85%	87%	90%
Pourcentage de femmes ayant reçu au moins une dose de traitement préventif intermittent (TPI) parmi les femmes vues en CPN 1	35%	SNIS - Routine Data	75%	80%	90%	90%	90%
Pourcentage de femmes ayant reçu au moins deux doses de traitement préventif intermittent (TPI) parmi les femmes vues en CPN 1	27%	SNIS - Routine Data	65%	70%	75%	75%	75%
Pourcentage de femmes ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent (TPI) parmi les femmes vues en CPN 1	25%	SNIS - Routine Data	55%	60%	65%	65%	65%
Pourcentage de femmes ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent (TPI 3) parmi les femmes enceintes	10%	Malaria Indicator Survey	15%	20%	25%	30%	35%

INDICATEURS D'EFFETS ET INDICATEURS DE PROCESUS							
	2016	Sources	2018	2019	2020	2021	2022
Pourcentage de personnes responsables d'enfants qui ont eu recours aux soins des AC dans les 24 heures après l'apparition des signes évocateurs du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.	7%	Malaria Indicator Survey		11%			16%
Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant cité la fièvre comme symptôme principal du paludisme.	63%	Malaria Indicator Survey		79%			98%
Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant cité les piqures de moustiques comme moyen de contracter le paludisme.	50%	Malaria Indicator Survey		63%			78%
Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant cité les MID comme moyen efficace de prévenir le paludisme.	20%	Malaria Indicator Survey		29%			42%
PEC	2016		2018	2019	2020	2021	2022
Proportion de cas suspect de paludisme grave soumis à un diagnostic microscopique dans les Centres Hospitaliers.	38%	SNIS - Routine Data	46%	55%	66%	80%	96%
Proportion de cas suspect soumis à un diagnostic parasitologique dans des établissements de santé du secteur public	90%	SNIS - Routine Data	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
Proportion de cas suspect de paludisme soumis à un diagnostic parasitologique au niveau communautaire	93%	SNIS - Routine Data	95%	95%	95%	95%	95%
Proportion de cas suspect de paludisme soumis à un diagnostic parasitologique dans des établissements de santé du secteur privé	90%	SNIS - Routine Data	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%

INDICATEURS D'EFFETS ET INDICATEURS DE PROCESUS							
PEC	2016	Sources	2018	2019	2020	2021	2022
Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention, conformément à la politique nationale, dans des établissements de santé du secteur public	94%	SNIS - Routine Data	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention, conformément à la politique nationale au niveau communautaire	76%	SNIS - Routine Data	95%	95%	95%	95%	95%
Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention, conformément à la politique nationale, dans des établissements de santé du secteur privé	73%	SNIS - Routine Data	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
GAS	2016		2018	2019	2020	2021	2022
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock en TDR	86%	SNIS - Routine Data	100%	100%	100%	100%	100%
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock de médicaments essentiels (ACT).	67%	SNIS - Routine Data	100%	100%	100%	100%	100%
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock de médicaments essentiels (SP).	46%	SNIS - Routine Data	100%	100%	100%	100%	100%

INDICATEURS D'EFFETS ET INDICATEURS DE PROCESUS							
GAS	2016	Sources	2018	2019	2020	2021	2022
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock en Artesunate Injectable.	ND	SNIS - Routine Data	100%	100%	100%	100%	100%
Pourcentage des rapports de suivi des intrants au niveau des PHAGDIS transmis au niveau de la direction.	ND	Rapport du SALAMA	90%	95%	95%	95%	95%
GESTION DE PROGRAMME	2016		2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de partenaire et représentants d'autres secteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme.	38%	Rapport annuel du programme	68%	98%	98%	98%	98%
Proportion de personnels formés en matière de lutte contre le paludisme.	ND	Rapport annuel du programme	80%	85%	90%	95%	100%
Taux d'absorption du budget alloué au paludisme.	71,4%	Rapport financier programme	80%	80%	85%	85%	90%
SUVI EVALUATION	2016		2018	2019	2020	2021	2022
Pourcentage des activités réalisées par rapport aux activités mentionnées dans le Plan de Travail Annuel du Programme.	38%	Rapport annuel du programme	68%	98%	98%	98%	98%
Pourcentage d'entités déclarantes présentant leurs rapports dans les délais selon les directives nationales.	89%	SNIS - Routine Data	90%	95%	95%	95%	95%

SURVEILLANCE ET RIPOSTE	2016		2018	2019	2020	2021	2022
Pourcentage d'alertes vérifiées sur alertes notifiées.	80%	Rapport d'investigation	95%	100%	100%	100%	100%
Pourcentage de cas testés au cours de l'investigation sur terrain par recherche active : Nombre de cas testés/20% de la population du Fokontany x 100.	ND	Rapport d'investigation	95%	95%	100%	100%	100%
Pourcentage des souches sensibles à l'ASAQ.	100%	Rapport d'étude	100%	100%	100%	100%	100%

3.5.INTERVENTIONS SPECIFIQUES SUR LES POPULATIONS CLES

Interventions /Stratégies	Zones d'intervention/Cibles	Populations clés
GESTION DU PROGRAMME		
PREVENTION		
Moustiquaires		
MID couverture universelle	District en phase de contrôle	Travailleurs saisonniers, Mikea
MID de routine	District en phase de contrôle	Travailleurs saisonniers, Mikea
MID continue	District en Haute endémicité	Travailleurs saisonniers, Mikea, Hôpitaux, Internats
MID d'urgence	Tous les Districts en cas d'épidémie (Nombre MID)	Travailleurs saisonniers, Mikea
CAID		
AID spécifiques des populations clés	NA	Population carcérale, Centre d'accueil des sans abris
TPI		
TPI dans Formation sanitaire publique	Districts en phase contrôle	Population carcérale
TPI Communautaire	Districts de démonstration et d'extension	Mikea
TPI Spécifiques des populations clés (infirmières prisons)	Districts en phase contrôle	Centre d'accueil des sans abris,
PRISE EN CHARGE		
Diagnostic et traitement dans les FS Publiques et privées (TDR+ACT)	District en phase de contrôle	Travailleurs saisonniers, Sans abris, Population carcérale

TDR + ACT + Primaquine	District en pré-élimination et District en élimination	Travailleurs saisonniers, Sans abris, Population carcérale
TDR + Primaquine (14j) + POC G6PD	Zones à forte prévalence en <i>Plasmodium vivax</i>	Travailleurs saisonniers, Sans abris, Population carcérale
Prise en charge des cas graves de paludisme (pré-référence)	Tous les Districts (CSB vers centres hospitaliers)	Travailleurs saisonniers, Sans abris, Population carcérale
Prise en charge des cas graves de paludisme (traitement cas graves)	Tous les Districts (Centres Hospitaliers)	Travailleurs saisonniers, Sans abris, Population carcérale
Diagnostic et traitement dans la Communauté par les AC (PCIMEc)	Tous les Districts (Communauté à plus de 5Km)	Travailleurs saisonniers, Mikea,
COMMUNICATION (IEC/CCC)		
Communication interpersonnelle	Tous les districts	Travailleurs saisonniers, Populations carcérales, Mikea, Centre d'accueil des sans abris, Internats, Hôpitaux...
Communication de masse	Tous les districts	Travailleurs saisonniers, Populations carcérales, Mikea, Centre d'accueil des sans abris, Internats, Hôpitaux...
Approche enfant-communauté (école)	Tous les districts	Travailleurs saisonniers, Populations carcérales, Mikea, Centre d'accueil des sans abris, Internats, Hôpitaux...
Dialogue communautaire	Tous les districts	Travailleurs saisonniers, Populations carcérales, Mikea, Centre d'accueil des sans abris, Internats, Hôpitaux...
CCSC pour les urgence et catastrophes naturelles	Tous les districts en cas d'urgence	Travailleurs saisonniers, Populations carcérales, Mikea, Centre d'accueil des sans abris, Internats, Hôpitaux...

3.6.BUDGET ESTIMATIF DU PSN 2018-2022

DOMAINE DE PRESTATION DE SERVICE			BESOINS EN BUDGET DU PSN 2018 - 2022 (EN USD)					
			2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	TOTAL
Axe stratégique 1 :	DPS 1	Gestion et coordination	6 499 099,72	7 227 853,44	7 141 543,86	6 982 792,36	7 051 942,02	34 903 231,40
Axe stratégique 2 :	DPS 2	Gestion Approvisionnement et Stock (GAS)	568 963,31	623 728,71	726 839,65	546 211,10	547 135,33	3 012 878,10
Axe stratégique 3 :	DPS 3	Gestion Intégrée des Vecteurs (GIV)	406 679,77	248 117,93	161 299,95	186 347,73	225 733,77	1 228 179,16
	DPS 4	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MID)	51 615 402,23	6 877 292,12	14 195 037,91	35 306 862,77	3 351 448,07	111 346 043,10
	DPS 5	Aspersion Intra-Domiciliaire (AID)	8 906 569,93	8 825 930,79	9 299 399,60	11 374 899,72	16 049 985,83	54 456 785,87
	DPS 6	Traitement Préventif Intermittent (TPI)	2 520 965,79	2 095 737,60	1 181 373,29	1 168 840,07	1 294 299,79	8 261 216,54
Axe stratégique 4 :	DPS 7	Prise en charge	8 812 106,15	9 516 840,39	11 346 466,86	10 327 899,22	12 840 134,76	52 843 447,38
Axe stratégique 5 :	DPS 8	Services spécifiques des populations clés	309 252,24	122 006,92	79 093,00	85 359,53	50 662,63	646 374,32
Axe stratégique 6 :	DPS 9	Communication et mobilisation sociale	277 665,98	1 853 226,86	1 649 803,22	1 616 675,87	1 629 830,37	7 010 911,04
Axe stratégique 7 :	DPS 10	Surveillance et Riposte	3 367 196,33	5 121 063,61	5 051 533,17	5 697 757,11	6 361 862,66	25 599 412,89
Axe stratégique 8 :	DPS 11	Suivi Evaluation	1 508 554,76	1 815 457,54	766 592,16	553 871,79	723 187,89	5 367 664,14
TOTAL			84 792 456,21	44 327 255,91	51 598 982,67	73 847 517,27	50 126 223,12	304 676 143,94

3.7.SOURCE DE FINANCEMENT DU PSN 2018-2022

PRINCIPALES SOURCES DE FINANCEMENT	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	TOTAL
FINANCEMENT PMI	49 284 835,63	22 712 152,16	20 210 027,53	24 212 767,83	18 545 460,13	134 965 243,29
FINANCEMENT FONDS MONDIAL NMF2	8 080 617,60	16 161 235,19	16 161 235,19	8 080 617,60	0	48 483 705,58
FINANCEMENT OMS	200 000,00	200 000,00	200 000,00	200 000,00	200 000,00	1 000 000,00
BESOIN DU PSN 2018-2022	84 792 456,21	44 327 255,91	51 598 982,67	73 847 517,27	50 126 223,12	304 676 143,94
GAP RESIDUEL	27 227 002,99	5 253 868,56	15 027 719,95	41 354 131,84	31 380 762,98	120 227 195,06

DIRECTION DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



DECEMBRE 2017