

MINISTERE DE LA SANTE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME

Tel : 20 22 32 54/ 20 22 32 56

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2018-2022

Janvier 2018

TABLE DE MATIERES

TABLE DE MATIERES	2
LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES FIGURES	4
AVANT-PROPOS	Error! Bookmark not defined.
REMERCIEMENTS	6
LISTES DES ACRONYMES	7
RESUME EXECUTIF	11
INTRODUCTION	1
I. PROFIL DU PAYS	3
1.1. Situation géographique	3
1.2. Système socio-politique	3
1.3. Situation démographique	4
1.4. Écosystème, Environnement et Climat	4
1.5. Situation socio-économique	5
1.6. Analyse du système de santé	7
1.6.1. Politique et stratégie nationale de santé.....	7
1.6.2. Système de santé public.....	8
1.6.3. Système de santé privé.....	17
1.6.4. Système communautaire pour la santé.....	17
1.6.5. Médecine traditionnelle.....	18
1.6.6. Performance du système de santé.....	18
1.6.7. Contribution du système de santé à la lutte contre le paludisme.....	19
1.6.8. Contribution du PNLN au renforcement de santé.....	20
II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME	21
2.1. Historique de la lutte contre le paludisme	21
2.2. Profil épidémiologique	21
2.2.1. Parasites du paludisme.....	21
2.2.2. Vecteurs du paludisme.....	22
2.2.3. Dynamique de la transmission du paludisme et niveau d'endémicité.....	23
2.2.4. Stratification et cartographie du paludisme.....	24
2.3. Morbidité et mortalité	26
2.4. Revue du Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2013-2017 Error! Bookmark not defined.	
2.4.1. Principaux résultats de la lutte contre le paludisme.....	28
2.4.1.1. Niveau d'atteinte des cibles du diagnostic et du traitement des cas.....	31
2.4.1.2. Niveau d'atteinte des cibles de la Gestion des Achats et des Stocks (GAS).....	33
2.4.1.3. Niveau d'atteinte des cibles du plaidoyer, mobilisation sociale et de la communication pour le changement de comportement.....	33
2.4.1.4. Niveau d'atteinte des cibles de la préparation et de la riposte contre les épidémies de paludisme.....	34
2.4.1.5. Niveau d'atteinte des cibles de la Surveillance, Monitorage et Evaluation.....	34
2.4.1.6. Niveau d'atteinte des cibles de la fonctionnalité de la gestion du programme.....	34
2.4.1.7. Situation du financement du programme.....	35
2.4.1.8. Principales faiblesses de mise en œuvre.....	36
2.4.1.9. Défis pour le programme en 2018-2022.....	1
III. CADRE STRATEGIQUE DU PSN 2018-2022	1
3.1. Vision	1
3.2. Mission	2

3.3. Principes et valeurs	2
3.4. Orientations stratégiques et priorités politiques	2
3.5. Buts and objectifs	3
3.5.1. Buts and objectifs	3
3.5.1.1. But.....	Error! Bookmark not defined.
3.5.1.2. Objectifs.....	4
3.6. Principales stratégies de lutte	4
3.6.1. Gestion et coordination du programme.....	4
3.6.2. Lutte Anti Vectorielle (LAV)	6
3.6.3. Prévention du Paludisme chez la femme enceinte.....	10
3.6.3.1. Traitement Préventif Intermittent (TPI)	10
3.6.3.2. MILD Chez la femme enceinte	11
3.6.4. Chimio-prévention du Paludisme saisonnier	12
3.6.5. Diagnostic et Prise en charge des cas	13
3.6.6. Promotion de la Sante	15
3.6.7. Lutte contre les épidémies et Urgences Paludisme	15
3.6.8. Gestion des approvisionnements et des stocks.....	19
3.6.9. Suivi Evaluation et Recherche opérationnelle	20
IV. CADRE DE MISE EN OEUVRE DU PSN 2018-2022	21
4.1. Modalités de mise en œuvre du PSN 2018-2022	21
4.1.1. Mécanisme de planification et de mise en œuvre.....	22
4.1.2. Système de partenariat et de coordination	22
4.1.3. Approvisionnement et système de gestion des achats.....	22
4.1.4. Gestion des ressources financières.....	23
4.1.5. Gestion et atténuation des risques.....	23
4.2. Budgétisation du PSN2018-2022	24
4.2.1. Résumé du budget	24
4.2.2. Plan de mobilisation des ressources.....	25
V. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION	28
5.1. Cadre de performance	28
5.2. Système de gestion des données	1
5.2.1. Utilisation des données de routine	1
5.2.2. Evaluation de l'impact.....	1
5.3. Mécanismes de coordination du S&E	1
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	1
ANNEXES	1

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principaux indicateurs de Développement.....	6
Tableau 2 : Contribution du système de santé à la lutte contre le paludisme.....	19
Tableau 3 : Stratification et populations à risque de paludisme par strate.....	25
Tableau 4 : Evolution des indicateurs du cadre de Performance 2013 à 2017.....	28
Tableau 5 : Progrès des indicateurs de PEC du paludisme au niveau des FS, 2013-2017	31
Tableau 6 : Progrès des indicateurs de PEC du paludisme au niveau communautaire, 2013-2017	32
Tableau 7 : Couvertures et Ecart des CPN1 et TPI chez les femmes enceintes	32
Tableau 8 : Couverture de la CPS de 2013 à 2017	33
Tableau 9 : Tendances des contributions à la lutte contre le paludisme de 2013 à 2017	35
Tableau 10 : Tendances des ressources mobilisées et décaissements de 2013 à 2017....	35
Tableau 11 : Evolution du budget mobilisé de 2013 à 2017.....	36
Tableau 12 : insuffisances et propositions d'amélioration par stratégie.....	36

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte administrative du Mali	3
Figure 2 : Circuit d'approvisionnement au Mali.....	Error! Bookmark not defined.
Figure 3 : Les facies de la transmission du paludisme au Mali.....	25
Figure 4: Evolution de l'incidence du paludisme pour 1000 de 2013 à 2017.....	26
Figure 5 : Evolution du nombre de cas de Fièvre/paludisme simple de 2013 à 2017	27
Figure 6 : Evolution du nombre de cas de Fièvre/paludisme grave de 2013 à 2017	27
Figure 7 : Evolution de la possession de MII/MILD au Mali de 2006-2015	30
Figure 8 : Pourcentage de ménages avec au moins une MII/MILD pour chaque deux personnes au Mali 2006-2015	31

REMERCIEMENTS

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

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

LISTES DES ACRONYMES

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

DEAP	Département de l'Epidémiologie et des Affections Parasitaires
DHS	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
DMT	Département de Médecine Traditionnelle
DNS	Direction Nationale de la Santé
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
DRC	Dépôt Répartiteur de Cercle
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSR	Division de la Santé de la Reproduction
DV	Dépôt de Vente
EAP	Enquête d'Anémie et de Parasitologie
EDSM	Enquête Démographique et de Santé du Mali
EIPM	Enquête sur les Indicateurs du Paludisme, Mali
EPH	Etablissement Public Hospitalier
F CFA	Francs de la Communauté Financière Africaine
FAD	Fonds Africain de Développement
FE	Femme Enceinte
FED	Fonds Européen de Développement
FM	Fonds Mondial
FMSTP	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FRP	Faire Reculer le Paludisme
FS	Formation Sanitaire
GTZ	Coopération Technique Allemande
GFATM	Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria
IBC	Interventions à Base Communautaire
INFSS	Institut National de Formation en Sciences de la Santé
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
IDH	Indice du développement Humain
IEC	Information, Education, Communication
IHP	International Health Partnership
ILM	Initiative Leadership Ministeriel
INFSS	Institut national de Formation en Sciences de la Santé
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
IP	Indice Plasmodique
IPC	Indice Perception Corruption
IRA	Infection Respiratoire Aigue

IRS	Indoor Residual Spraying
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JAP	Journée Africaine du Paludisme
JNV	Journées Nationales de Vaccination
LAP	Lutte Anti Paludique
LFA	Local Fund Agent (Agent local du Fonds Mondial)
LIV	Lutte Intégrée contre les Vecteurs
LNS	Laboratoire National de la Santé
MAT	Médicaments Traditionnel Améliorés
MICS	Multiple Indicators Cluster Surveys
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
MSF	Médecins Sans Frontières
MILD	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides Longue Durée
MIS	Malaria Indicators Surveys
MRTC	Malaria Research and Training Center
MTA	Médicament Traditionnel Amélioré
MTI	Matériaux Traités aux Insecticides
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMVS	Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PEC	Prise En Charge des Cas
PECADOM	Prise en Charge à Domicile
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PID	Pulvérisation intra domiciliaire
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	Présidentiel Malaria Initiative
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PP	Prévalence Parasitaire

PPP	Partenariat Public et Privé
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PVM	Projet Villages du Millénaire
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RAOPAG	Réseau Ouest Africain pour la Prévention du Paludisme pendant la Grossesse
RAOTAP	Réseau Ouest Africain pour la Politique du Traitement du Paludisme
RBM	Roll Back Malaria
RECOMSA	Réseau des Communicateurs en Santé
RECOTRADE	Réseau des Communicateurs Traditionnels pour le Développement
RGP/H	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RPP	Revue de Performance du Programme
RTA	Rapport Trimestriel d'Activités
SDADME	Schéma Directeur D'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels
SEC	Soins Essentiels au niveau de la Communauté
SIAN	Semaine d'Intensification des Activités de Nutrition
SIGL	Système d'Information et de Gestion Logistique
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte
SIS	Système d'Information Sanitaire
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SSP	Soins de Santé Primaires
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
TDR	Tests de Diagnostic Rapide
TPR	Trésorier Payeur Régional
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence américaine de Développement International
USD	Dollar Américain

RESUME

Le Mali a élaboré et mis en œuvre le Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le paludisme 2013-2017 et a réalisé, la Revue à mi-parcours (RMP) de ce plan en Mars 2016 et la revue finale en janvier- février 2018. Suite à cette revue, il a été décidé d'élaborer le plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2018-2022 pour être conforme au PRODESS III.

La revue finale a permis d'évaluer la performance du Programme et de dégager les forces et les faiblesses de la lutte contre le paludisme pour une meilleure planification des activités des cinq prochaines années.

Le présent plan stratégique élaboré est conçu pour une période de cinq ans. Les objectifs de ce plan sont alignés sur les orientations de la Politique Nationale de Santé et de population : les axes stratégiques du Plan Décennal de Développement Socio-Sanitaire (PDDSS) 2014-2023, le Cadre de Relance Economique pour le Développement Durable (CREDD) 2016-2018 et les Objectifs pour le Développement Durable (ODD).

Vision du PSN

Le Mali est résolument engagé dans une dynamique de développement humain durable tel que matérialisé dans le PDDSS 2014-2023 en cours de mise en œuvre d'où la vision du PNLN pour l'horizon 2030 "*Un Mali sans paludisme*".

Mission

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

Orientations stratégiques et priorités politiques

- Cibler les interventions en fonction des caractéristiques épidémiologiques :
- Maintenir un accès et une couverture élevée à travers des interventions de qualité :
- Renforcer l'approche communautaire
- Améliorer les capacités de coordination et de gestion
- Renforcer le partenariat notamment avec le secteur privé
- Contribuer au renforcement durable du système de santé
- Promouvoir les interventions de surveillance du paludisme

But et objectifs

But

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

Objectifs

- Réduire le taux de mortalité lié au paludisme d'au moins 50% par rapport à 2015 ;
- Réduire l'incidence du paludisme d'au moins 50% par rapport à 2015 ;
- Renforcer les capacités de coordination et de gestion du Programme à tous les niveaux.

Budget

Le budget du PSN 2018-2022 s'élève à **191 915 115 900** Francs CF

I. INTRODUCTION

Au Mali, le paludisme est la première cause de morbidité (32%) et de mortalité (0,09‰) selon le SLIS 2016, avec des répercussions socio-économiques sur les populations. Il est ainsi l'une des priorités de la politique nationale de santé. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les couches les plus affectées. Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-V, 2012-2013) montraient que 82 % des enfants de 6-59 mois étaient anémiés, dont 21 % souffraient d'anémie légère, 52 % d'anémie modérée et 9 % d'anémie sévère. Cinquante un pour cent (51%) des femmes souffraient d'anémie dont 37 % de cas d'anémie légère, 13 % de cas d'anémie modérée et 1 % de cas d'anémie sévère.

La prévalence nationale du paludisme était de 35,7% avec une disparité selon les régions (59,8% à Mopti, 41,6% à Sikasso, 36,7 à Ségou, 34,8 % à Koulikoro et 27,4% à Kayes et 6% à Bamako). Le taux d'incidence est passé de 86 ‰ en 2013 à 133‰ en 2015, 126‰ en 2016 et 111‰ en 2017. L'enquête sur l'anémie et la parasitologie (EAP) de 2010 avait trouvé une prévalence parasitaire de 17% pour l'ensemble de ces régions.

Pour la couverture des interventions, en particulier sur les MILD, 95% des ménages possédaient au moins une moustiquaire qu'elle ait été traitée ou non et près de 9 ménages sur 10 possédaient au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide avec 94% de taux de possession en milieu urbain contre 93% en milieu rural. La proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) était de 74% contre 71% qui avaient dormi sous une MILD. Dans les ménages possédant au moins une MILD, globalement 75% des enfants de moins de 5 ans avaient dormi sous une MILD la nuit précédant l'enquête, soit 72% des enfants en milieu urbain et 76% en milieu rural ; par contre chez les femmes enceintes, la proportion ayant passé la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire imprégnée ou non était de 80% contre 78% des femmes qui avaient dormi sous une MILD. La proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une MILD en milieu urbain était de 77,4% contre 80,6% en milieu rural.

Afin de diminuer le fardeau du paludisme sur la population, le Gouvernement a investi d'importantes ressources au cours de la dernière décennie, avec l'appui de ses partenaires au développement. En effet, Le Mali a souscrit aux engagements internationaux de la lutte contre le paludisme par son adhésion au plus haut niveau à l'initiative Roll Back Malaria (RBM) en 1998. Le pays a pris part à la réunion des Chefs d'Etat et de Gouvernement en avril 2000 et mai 2006 qui a souscrit aux Déclarations et Plans d'action dit d'Abuja. Parmi les principales recommandations de ces deux réunions, il importe de noter l'instauration de la Journée Africaine du Paludisme le 25 avril de chaque année, devenue Journée Mondiale du Paludisme (JMP) et l'engagement des pays dans la mise en œuvre de l'accès universel aux interventions majeures de prévention et de lutte contre le paludisme.

Le Mali a aussi souscrit en 2011 à la résolution de la soixante-quatrième Assemblée Mondiale de la Santé portant sur l'intensification de la lutte antipaludique en accordant

au paludisme une place prioritaire dans les programmes et politiques de développement et en soutenant les engagements financiers nationaux afin d'accélérer la mise en œuvre des politiques et des stratégies recommandées par l'OMS. La volonté politique et l'engagement des hautes autorités du Mali ont été renforcés par l'inscription en 2007 d'une ligne budgétaire destinée à l'achat des intrants antipaludiques (Moustiquaires, TDR, médicaments antipaludiques).

Dans cette dynamique, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) avait élaboré en 2012 un Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le paludisme (2013-2017). La revue à mi-parcours de ce plan stratégique a été réalisée en 2015 et le plan stratégique révisé 2016-2018 a été élaboré en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes. Le PNLN a sollicité les partenaires techniques et financiers pour appuyer le processus de réalisation de la revue finale du PSN (2013-2017). Cette revue a été menée avec l'appui technique des experts de l'OMS. Elle a permis d'apprécier les capacités de gestion du programme à différents niveaux, vérifier la disponibilité des moyens pour offrir des services efficaces de prévention et de traitement du paludisme, documenter les expériences réussies durant la période évaluée, identifier les insuffisances et les défis rencontrés dans la mise en œuvre et formuler des recommandations en vue de l'élaboration d'un nouveau plan stratégique 2018-2022.

L'élaboration de ce plan stratégique s'est effectuée à travers un processus ayant impliqué tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le paludisme sous la supervision d'un comité technique de coordination. Les travaux ont été effectués en commission et en plénière sur la base des documents référentiels dont le PRODESS 2014-2018, le PDDSS 2014-2023, les différents rapports de progrès du programme, le document de la revue finale, les résultats des études, le plan de communication, le plan de suivi et de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides, les différents annuaires statistiques sanitaires.

Un plan de mise en œuvre tri annuel est élaboré. Chaque année un plan opérationnel sera élaboré avec la prise en compte des actions prioritaires du plan stratégique. Ces plans devraient bénéficier d'un financement du Gouvernement et des partenaires au développement.

II. PROFIL DU PAYS

2.1 Situation géographique

Situé au cœur de l'Afrique de l'ouest, le Mali est un pays continental d'une superficie de 1 241 238 km². Il s'étend du nord au sud sur 1 500 km et d'est en ouest sur 1800 km. Il partage 7 200 km de frontières avec l'Algérie et la Mauritanie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au sud, la République de Guinée au sud-ouest et le Sénégal à l'ouest.

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

2.2 Système socio-politique

Sur le plan administratif, le Mali est divisé en 10 régions administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal, Ménaka et Taoudéni) et un District (la capitale Bamako) qui a rang de région. Les régions sont subdivisées en 58 préfectures (cercles) qui se répartissent les 323 sous-préfectures (arrondissements). Le district de Bamako est découpé en 6 communes urbaines. Chaque région est administrée par un Gouverneur de Région. Les cercles sont dirigés par des Préfet tandis que chaque arrondissement est administré par un sous-préfet.

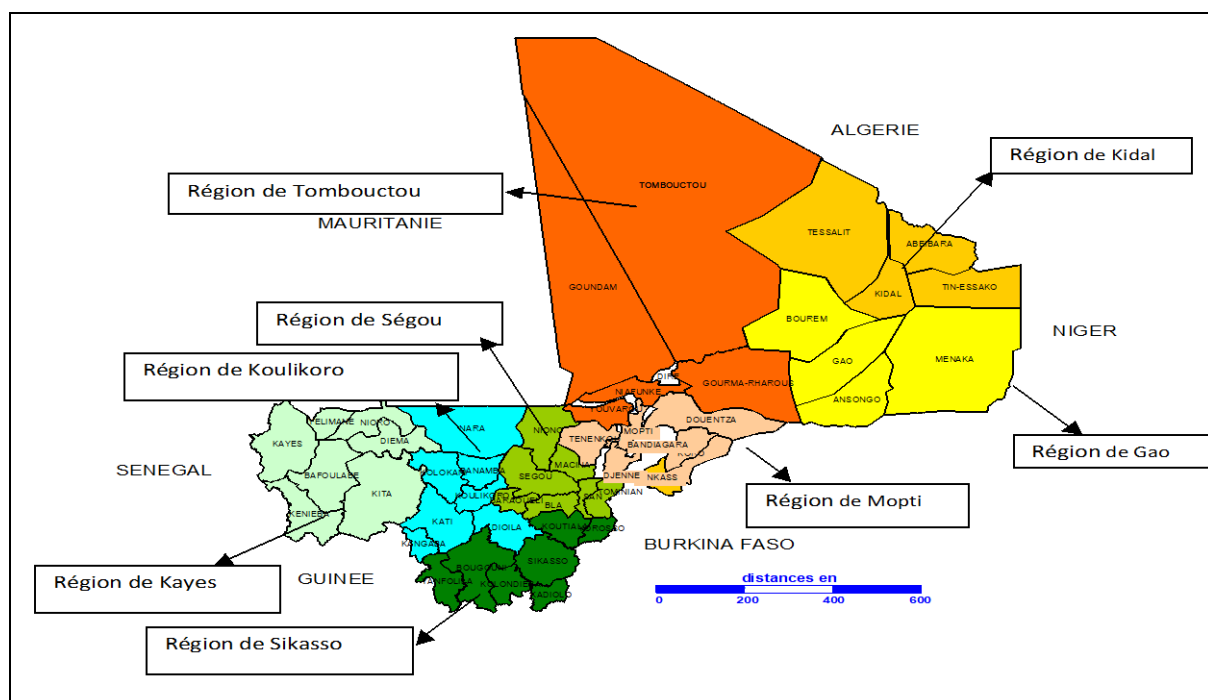


Figure 1 : Carte administrative du Mali

Le Gouvernement a instauré une politique de décentralisation qui sert de cadre à la mise en œuvre de toutes les actions de développement. Dans ce cadre, au niveau local, le Mali compte 703 communes dont 684 rurales et 19 communes urbaines parmi lesquelles les 6 communes du district de Bamako. Chaque commune est administrée par un conseil communal dirigé par un maire et des conseillers municipaux.

Le gouvernement reste toujours engagé dans les réformes institutionnelles et structurelles pour rationaliser la gestion budgétaire, stabiliser l'économie et la libéraliser. Des orientations ont été données et des programmes élaborés pour assurer la promotion de la femme et de l'enfant, reformer le système éducatif, améliorer la santé et gérer la croissance démographique avec la participation des populations.

Le contexte socio-politique a été marqué depuis 1991 par l'engagement du pays pour la démocratie, la bonne gouvernance et la décentralisation. Il a été ébranlé par la crise politico-sécuritaire. Cette situation a perturbé la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme (campagnes et activités de routine).

2.3 Situation démographique

Selon les résultats du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidente était de 14 528 662 habitants en 2009. Les femmes sont relativement plus nombreuses que les hommes, représentant 50,4% de la population soit un rapport de masculinité de 98 hommes pour 100 femmes. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55 ans. Dans leur majorité, les résidents sont sédentaires (les nomades représentent 0,92% de la population) et vivent essentiellement en milieu rural. Le milieu urbain compte 3 274 727 résidents (22,5%) de la population contre 11 253 935 (77,5%) pour le milieu rural. La densité de la population est d'environ 12 habitants au Km². Cette moyenne nationale cache de très fortes disparités régionales.

Le Mali a connu une croissance rapide de sa population de 1976 à 2009. En effet, estimé à 1,7% en moyenne, entre 1976 et 1987, le taux de croissance a atteint 3,6% entre 1998 et 2009. L'indice synthétique de fécondité est de 6,1, la population malienne doublera presque tous les 20 ans.

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

Il existe toujours 45 750 déplacés internes, 140 450 réfugiés dans les pays voisins et 487 000 personnes retournées¹. Ces chiffres ont peu évolué ces deux dernières années.

2.4 Écosystème, Environnement et Climat

Il existe 3 zones climatiques au Mali : du Sud au Nord 25% du territoire dans la zone soudano-guinéenne avec une pluviométrie de 1300 à 1500 mm d'eau environ par an ;

¹ Selon le bulletin humanitaire produit par OCHA (février-mars 2017)

50% dans la zone sahélienne recevant 200 à 800 mm d'eau par an et 25% dans le désert saharien les précipitations y sont irrégulières et très souvent inférieures à 200 mm d'eau par an. Le Mali est arrosé par deux grands fleuves (le Niger et le Sénégal) qui desservent surtout le sud et une partie du nord du pays. Cet écosystème dicte les conditions dans lesquelles les populations vivent. Le climat est tropical avec une saison sèche et une saison des pluies (en moyenne 5 mois au sud et moins de 3 mois au nord) et des écarts de température très élevés.

Le niveau d'endémicité du paludisme au Mali varie d'une région éco-climatique à une autre. Au nombre des facteurs responsables des variations de l'endémicité figurent la pluviométrie, l'altitude, la température, l'aménagement hydro-agricole et l'urbanisation.

2.5 Situation socio-économique

Le Mali demeure parmi les pays à développement humain faible, avec un indice de développement humain (IDH) de 0,44 en 2016, se classant au 175^{ème} rang sur 188². Le nombre de personnes en insécurité alimentaire reste très élevé (3,8 millions), tandis que plus de 620 000 enfants sont dans une situation de malnutrition sévère.

L'économie malienne repose principalement sur l'agriculture, l'élevage et la pêche, tous fortement dépendants de la pluviométrie qui reste très aléatoire et insuffisante. Le phénomène pauvreté se distingue à travers son caractère global. Au Mali, trois types de pauvreté se côtoient : i) la pauvreté monétaire (insuffisance de biens de consommations) ; ii) la pauvreté des conditions de vie (manque d'accès à l'eau, à l'électricité, à l'éducation, à la santé, à l'emploi, au logement, etc.) et iii) la pauvreté de potentialités (manque de capital).

La pauvreté de condition de vie est une réalité quand on analyse les résultats de l'IPC, édition 2014 relatifs à l'accès des communes du Mali aux services sociaux de base (santé, éducation, emploi, eau, électricité, etc.). Selon les résultats provisoires de l'enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP) 2015, la pauvreté monétaire est un phénomène réel au Mali car 47,2% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. On constate une légère augmentation de 0,3% par rapport à la valeur de 2014 qui était de 46,9%. Les résultats de l'enquête révèlent une incidence de la pauvreté estimée à 11,2% à Bamako contre respectivement 47,7% et 53,1% dans les autres villes et en milieu rural. On observe la même tendance au niveau de la profondeur aussi bien que de la sévérité c'est-à-dire qu'il y a plus d'efforts à fournir en termes de ressources pour réduire la pauvreté dans les autres villes et en milieu rural qu'à Bamako.

Le taux d'alphabétisation est de 21% pour les femmes et 38% pour les hommes selon l'EDSM 2012-2013.

Les indicateurs socio-sanitaires (tableau 1) sont marqués par des taux élevés de mortalité infantile (58‰), infanto juvénile (98‰) et maternelle (368 pour 100 mille

² Selon le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). En 2013, l'IDH était de 0,36.

naissances vivantes) (EDSM-V, 2012-2013). Les cinq premières causes de mortalité des enfants (moins de 5 ans et plus de 5 ans) sont par ordre d'importance : le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA), les diarrhées, la malnutrition et la rougeole.

Dépourvu de façade maritime, le Mali est dépendant des pays limitrophes ayant un accès à la mer. Les principaux axes de communication avec la côte sont : Bamako-Abidjan (1 115 km), Bamako-Dakar (1 250 km); Bamako-Conakry (982 km) et Bamako-Nouakchott (2 300Km). Le pays compte 1 aéroport international Président Modibo KEITA Sénou (Bamako), 7 aéroports / aérodromes (Kayes, Nioro, Yelimané, Sikasso, Tombouctou, Mopti et Gao) et plusieurs pistes d'atterrissage (ASECNA 08/17), 12 chaînes TV (2 nationales et 10 privées), 402 radios (2 nationales et 400 communautaires), 1 office national de télécommunication et 3 réseaux de téléphonie GSM (URTEL).

Tableau 1 : Principaux indicateurs de Développement

Indicateurs	Taux/Ratio	Source et année
Taux brut de natalité	49‰	RGPH98
Taux de croissance démographique	3,6%	RGPH2009
Mortalité néonatale	35‰	EDSM V 2012-2013
Mortalité infantile	58‰	EDSM V 2012-2013
Mortalité des enfants en dessous de 5 ans	98‰	EDSM V 2012-2013
Ratio de Mortalité maternelle	368 pour 100 mille naissances vivantes	EDSM V 2012-2013
Femmes recevant des soins prénataux	74,2%	EDSM V 2012-2013
Accouchements par des professionnels	59%	EDSM V 2012-2013
Taux Global de Fécondité Générale pour les 15-44 ans	212 ‰	EDSM V 2012-2013
Prévalence du VIH dans la cohorte des 14-49 ans	1,1%	EDS IV 2012-2013
Espérance de vie	55 ans	RGPH2009
Alphabétisation des 15-49 ans	29,9% (Sexe masculin = 38% ; sexe féminin = 21%)	EDSM V 2012-2013
Population en dessous du seuil de pauvreté	47,6%	EMOP 2015
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	6,1	EDSM V 2012-2013
Taux brut de scolarisation au primaire	60,5%	CREDD2015
Taux de prévalence contraceptive	9,9%	EDSM V 2012-2013
Pourcentage de la population vivant en milieu rural	75,2%	EDSM V 2012-2013

2.6 Analyse du système de santé

2.6.1 Politique et stratégie nationale de santé

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

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

Au regard des succès enregistrés dans sa mise en œuvre, la politique sectorielle de santé a été reconduite par le Gouvernement à travers l'adoption en 2013 du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023 et son Programme quinquennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) 2014-2018, qui sont les documents de référence définissant les axes stratégiques d'intervention en matière de développement sanitaire et social. Le PDDSS et le PRODESS ont pour ambition de développer une approche « programme » décentralisée et multisectorielle. C'est dans ce contexte que le Gouvernement a transféré certaines compétences aux collectivités décentralisées des communes et des cercles.

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

Le Mali a élaboré un nouveau programme Décennal du Développement social et Sanitaire (PDDSS) pour lequel un accent particulier est mis sur le suivi de l'atteinte de ses objectifs. Ce nouveau plan est en phase avec le plan quinquennal du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR). En plus, plusieurs initiatives sont en cours au niveau du département de la santé dont International Health Partnership (IHP), le Partenariat Public et Privé (PPP), Initiative Leadership Ministériel (ILM), le COMPACT. Toutes ces initiatives devraient faire l'objet d'un bon suivi à tous les

niveaux de la pyramide sanitaire, ce qui a justifié l'élaboration en 2011 d'une carte sanitaire du pays.

2.6.2 Système de santé public

2.6.2.1 Description

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

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

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

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

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

2.6.2.2 Prestations de soins

La pyramide sanitaire est structurée en trois niveaux de soins.

- **le niveau central comprend** : 5 Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) dont 4 à vocation générale et 2 à vocation spécialisée, 1 Institut National de Recherche en Santé Publique, 1 Centre National de Transfusion sanguine et 1 Laboratoire National de la Santé, 2 centres de recherche (CREDOS et CRLD). Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide, constituent le 3^{ème} niveau de référence.

- **le niveau intermédiaire** regroupe 7 Établissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant le 2^{ème} niveau de référence à vocation générale et situés respectivement dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et l'hôpital du Mali. A ceux-ci s'ajoute l'Hôpital « Mère-enfant » le Luxembourg, un établissement sanitaire à vocation humanitaire.
 - **Le premier échelon** (la base de la pyramide) ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé Communautaire (CSCoM) dont 1294 étaient fonctionnels en 2016 (tableau 2). Il existe d'autres structures de santé : parapubliques, confessionnelles, dispensaires, les maternités rurales et les établissements de santé privés (environ 1273 en 2016) qui complètent le premier échelon. Certains aspects de l'offre des soins sont assurés par des ONG, il s'agit surtout de la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), VIH/SIDA. Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieux de consultations de médecine traditionnelle dont la collaboration avec la médecine conventionnelle reste à renforcer.

- **Le deuxième échelon** ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les Centres de Santé de Référence (CS Réf) au niveau des districts sanitaires au nombre de 74 en 2017. Les CS Réf assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

La loi d'orientation de la Santé du 22 juillet 2002 indique que l'extension de la couverture sanitaire est un objectif essentiel du PDDSS. A cet effet, elle institue une carte sanitaire, adoptée par décret n ° 02 - 049 / du 22 juillet 2002 pris en Conseil de Ministres et révisée tous les cinq ans, qui repose sur le découpage du territoire national en districts sanitaires et en aires de santé.

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

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

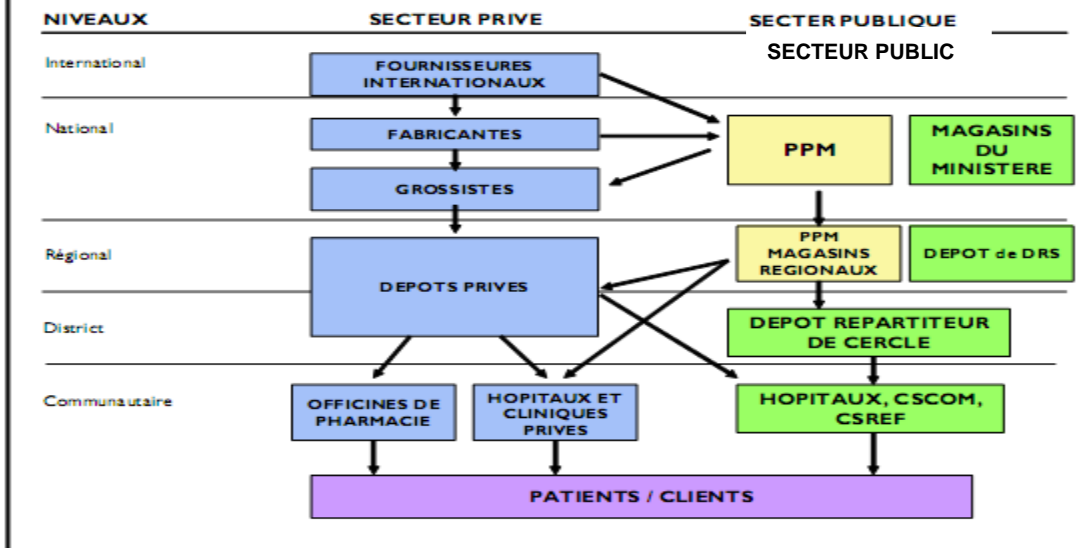
En 1998, le Mali a adopté sa Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) qui organise tout le secteur pharmaceutique. Elle est partie intégrante du PDDSS comme défini par la loi d'orientation sur la santé. En 2010 cette politique a été révisée et adoptée. Elle a pour objectif de garantir un accès équitable aux médicaments essentiels de qualité aux populations et promouvoir leur usage rationnel.

- ***Système d'approvisionnement et de distribution***

Il est assuré par la PPM et les établissements d'importation et de vente en gros de la place. Dans le souci de mieux répondre à l'objectif de la politique pharmaceutique, il a été mis en place un schéma appelé Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME). Le SDADME décrit les mesures pratiques et fonctionnelles devant permettre la mise en œuvre du volet approvisionnement en médicaments essentiels de la politique de santé, objet de la loi n°02-049 du 22 juillet 2002.

Le Système d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres intrants se fait comme décrit ci-dessous (Figure 2)

Distribution des ME au Mali



La chaîne de distribution des médicaments essentiels au Mali et le système de contrôle d'inventaire

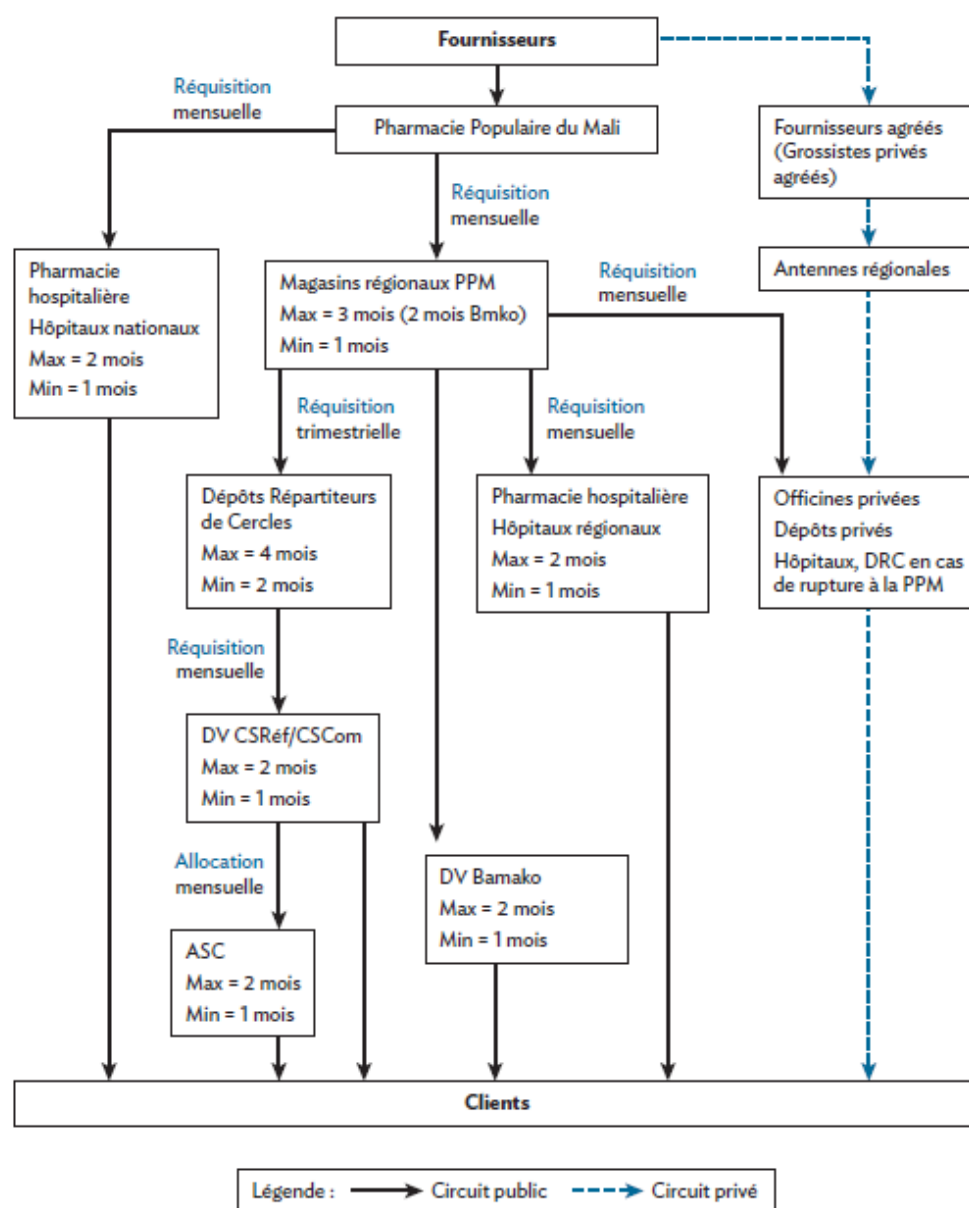


Figure 1 : Circuit de distribution des médicaments essentiels au Mali

Figure 2 : Circuit d’approvisionnement au Mali

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

- **Au niveau central**, la PPM joue le rôle de Centrale d’achat et constitue l’instrument privilégié du Mali en matière d’approvisionnement en médicaments essentiels en DCI.
- **Au niveau des régions**, il existe des magasins régionaux de la PPM à l’exception de Gao, Kidal, Ménaka et Taoudénit.
- **Au niveau des districts sanitaires**, les DRC s’approvisionnent dans les magasins régionaux de la PPM en utilisant leurs propres ressources pour le secteur

marchant (véhicule de service socio sanitaire des cercles et fonds générés par la vente des produits) ; pour le secteur gratuit, la PPM est chargée de faire livraison jusqu'au niveau des DRC.

- **Au niveau communautaire**, les dépôts des centres de santé utilisent pour leur réapprovisionnement des véhicules des centres de santé, les motos et vélos des ASC ou louent les services des transports publics.

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

- **Contrôle de qualité des médicaments**

Il se fait à différents niveaux : (i) **Au niveau International** : les produits antipaludiques comme tous les autres médicaments essentiels font l'objet de contrôle de qualité (contrôle BIVAC) ; (ii) **Au niveau National** : le contrôle de qualité est réalisé par le Laboratoire National de la Santé (LNS) pour chaque approvisionnement avant la mise des produits dans le circuit du SDADME ; (iii) **Au niveau Local** : le contrôle de la qualité est assuré par le LNS sous forme de visite de supervision et d'échantillonnage aléatoire. L'inspection de la santé prélève et envoie aussi les échantillons à analyser lors des supervisions. Il faut noter aussi l'inspection visuelle des produits utilisés par les gérants et l'existence des mini laboratoires au niveau des régions.

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

2.6.2.4 Ressources humaines pour la santé

Les capacités de production des ressources humaines pour la santé et pour le développement social ont augmenté de manière considérable pendant ces 20 dernières années. En effet, les institutions de formation publique et privée ont produit une quantité importante de ressources humaines pour la santé. Par contre, il reste beaucoup à faire au niveau de la gestion et de l'amélioration de la performance de ces ressources humaines. Les médecins généralistes sont en nombres plus élevés dans le système de santé du Mali avec un faible nombre de spécialiste dans les régions.

Selon l'OMS, il faut 23 professionnels de santé (Médecin, sage-femme et infirmier) pour 10 000 habitants. Ce ratio est loin d'être atteint au Mali ; il est de 5,3 professionnels de santé pour 10 000 habitants. Il prend en compte les professionnels de l'Etat, des structures privées, parapubliques et confessionnelles.

2.6.2.5 Système national de suivi/évaluation et de Recherche

Le Suivi Evaluation est coordonné par le Ministère en charge de la santé et mis en œuvre en étroite collaboration avec les partenaires.

Le système d'information au Mali est composé de plusieurs sous-systèmes sources.

- **le Système d'Information Sanitaire (SIS) :** c'est à travers lui que se fait la collecte des données de routine pour les statistiques sanitaires du pays. Le SIS dispose de supports spécifiques qui permettent de collecter les données (registres) et de transmettre l'information des différentes structures sanitaires vers le niveau central de façon trimestrielle à travers les Rapports Trimestriels d'Activités (RTA). Le RTA a été révisé en 2015 dans le cadre de l'intégration de l'ensemble du système d'information sanitaire du Mali dans la plateforme DHIS 2.0. La fréquence de rapportage est mensuelle.
- **le système de Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte (SIMR):** c'est à travers ce système que sont collectées les données sur les maladies prioritaires y compris les données du paludisme. Ces données sont collectées dans les formations sanitaires et envoyées au niveau central (service de surveillance) pour permettre une réaction prompte en cas de situation d'épidémie ;
- **les sites sentinelles de surveillance :** ils permettent de collecter de façon continue des données de qualité sur la mortalité et la morbidité dues au paludisme d'une part, et des données sur le laboratoire, l'entomologie et l'efficacité thérapeutique des antipaludiques d'autre part. Il s'agit de données complémentaires qui ne sont pas actuellement prises en compte par le Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Des outils spécifiques sont mis en place au niveau de ces sites ;
- **les études et recherches :** elles permettent de documenter davantage certains aspects spécifiques en rapport avec la prévention ou la prise en charge du paludisme.

Le suivi et l'évaluation des interventions de lutte antipaludique se font à travers les organes et instances du PRODESS. La gestion de l'information sur le paludisme se fait en collaboration avec toutes les parties impliquées sous la supervision du comité de pilotage de la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme.

2.6.2.6 Financement de la santé

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

La part du budget de l'Etat consacrée au développement de la santé est passée de 5,65% en 2003 à 7% en 2016 encore loin des 15% de la recommandation d'Abuja. Le budget de l'Etat est la première source de financement de la santé avec une moyenne de 55,4% contre 31,7% provenant des partenaires extérieurs, 12,1% du recouvrement des coûts (paiements directs des prestations de soins) et 0,8% des communautés et des collectivités décentralisées.

Le niveau central bénéficie de 71,4% des dépenses pendant que la cible du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) était de ramener cette proportion à 20%. Au niveau régional, la priorisation du financement des zones pauvres a connu un début de mise en œuvre mais dans la limite des 28,6% des dépenses prévues à ce niveau. Cependant, il

faut noter que l'allocation des ressources par zone de pauvreté ne suffit pas pour assurer une équité dans la mesure où il existe une grande disparité des niveaux de pauvreté au sein même de ces zones.

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

Les difficultés rencontrées dans ce domaine sont de plusieurs ordres :

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

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

En 2016 on a dénombré 184 mutuelles sociales au Mali, dont 126 agréées et 58 cofinancées. Ces mutuelles, toutes issues de la communauté, regroupaient 72 367 adhérents pour 997 271 bénéficiaires (4,95% SNISS 2016).

La couverture cumulée attendue de l'ensemble de ces mécanismes ne dépasserait pas 25% de la population. Par ailleurs, leur fonctionnement est souvent mal maîtrisé faute de ressources humaines qualifiées. Une large partie de la population reste donc dépourvue de mécanisme de protection sociale et n'a pas accès à des soins de qualité. Le RAMED qui ambitionnait de couvrir 5% de la population s'est avérée limitée. Dans ce contexte, l'aide sociale et le secours restent encore une nécessité en raison de la pauvreté ou de la faible capacité contributive des ménages et des individus.

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

Outre les mutuelles de santé, d'autres formes d'organisations de l'économie sociale et solidaire existent, mais elles n'ont pas toujours fait l'objet d'attention (faible accompagnement de l'Etat et faible adhésion des populations). Il s'agit entre autres des sociétés coopératives, d'autres associations que les ASACO, des structures de caisses d'épargne et de crédits. Un déficit important d'information et de communication sur l'ensemble des mécanismes subsiste dans la perspective de l'accès universel aux soins de santé.

2.6.2.7 Partenariat pour la santé

La planification sectorielle de la santé tient compte des ressources disponibles de l'Etat et celles mobilisées auprès de tous les partenaires (les partenaires privés, les ONG, les bailleurs de fonds) et les populations bénéficiaires. Un guide de partenariat entre le ministère de la santé, les ONG et les associations a été élaboré et est en cours de validation.

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

- **Le Réseau Ouest Africain pour la Politique du Traitement du Paludisme (RAOTAP)** : Plaidoyer, suivi de la résistance du *Plasmodium falcifarum* aux antipaludiques usuels, renforcement des capacités des prestataires de services ;
- **Le Réseau Ouest Africain pour la Prévention du Paludisme pendant la Grossesse (RAOPAG)** : Plaidoyer, suivi de la stratégie de prévention du paludisme pendant la grossesse, renforcement des capacités des prestataires de services ;
- **L'Union Economique et Monétaire Ouest Africain (UEMOA)** : cadre adéquat d'échange en matière de santé, approvisionnement en médicaments essentiels et élaboration des textes réglementaires de détaxe ;
- **L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)** : résultant de la fusion des anciennes structures de lutte contre les grandes endémies, l'organisation constitue un cadre nouveau offrant des possibilités de coopération en matière de

lutte contre le paludisme notamment les financements des réseaux RAOTAP et RAOPAG ;

- Commissions mixtes de coopération bilatérales avec les pays amis, en particulier ceux frontaliers.

2.6.3 Système de santé privé

Les établissements du secteur privé à but lucratif autorisés depuis 1985 regroupent les catégories médicales, paramédicales, pharmaceutiques et traditionnelles. Le nombre d'établissements de soins privés est passé de 1038 en 2011 à 1086 en 2016. Malgré son développement, surtout dans les grandes villes, le secteur privé suit une évolution plus ou moins parallèle au secteur public.

Les données du secteur privé restent insuffisamment prises en compte par le système d'information sanitaire.

La libéralisation des professions sanitaires et les dispositions réglementaires ont contribué à un développement rapide du secteur privé (cabinet de consultation, cliniques et polycliniques, dispensaires et infirmeries confessionnels, professionnels, corporatifs, officines et dépôts pharmaceutiques etc...).

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

Il y a une croissance du nombre de structures de prestations privées, cependant la contribution de ces structures à la couverture et l'utilisation des soins du PMA n'est pas encore suffisamment intégrée dans la collecte des données du SIS. Dans le cadre du PRODESS I, la collaboration avec le secteur privé n'a pas été suffisamment intensifiée pour aboutir à un cadre de partenariat public-privé. Toutefois, il est nécessaire de redynamiser le partenariat avec les différents ordres professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, sages-femmes).

2.6.4 Système communautaire pour la santé

La politique sectorielle de santé et de population est basée sur la participation et la responsabilisation de la communauté à la gestion du système de santé à travers le district sanitaire mais aussi sur la différenciation des fonctions par niveau. La planification sectorielle de la santé tient compte des ressources disponibles et celles mobilisées auprès de tous les partenaires.

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

2.6.5 Médecine traditionnelle

Il existe au Mali une médecine traditionnelle qui constitue le premier recours aux soins pour une partie considérable de la population.

Depuis 1979, le Département de la Médecine Traditionnelle (DMT) produit et commercialise sept (07) Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) qui ont été ajoutés à la liste des médicaments essentiels en 1990.

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

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

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

Au cours de la période du plan 2013-2017, il y a eu l'orientation des Tradithérapeutes concernant la référence précoce des cas de fièvre vers les prestataires de soins conventionnels.

2.6.6 Performance du système de santé

Le Mali a enregistré une très forte pluviométrie en 2015 malgré cela beaucoup de cas de malnutrition ont été enregistrés chez les populations vulnérables (enfants de moins de 5 ans, personnes âgées, femmes enceintes et allaitantes) dans les trois régions du nord et parmi les populations déplacées.

En 2015, malgré la signature de l'accord de paix, des groupes armés ont continué à entretenir un climat d'insécurité. Les conséquences de cette situation d'insécurité qui perdurent depuis le déclenchement de la rébellion au nord du Mali sont entre autres : (i) la faible exécution des programmes de santé prioritaires (immunisation, tuberculose, VIH/Sida, Paludisme, lèpre, ver de Guinée...); (ii) la transmission incomplète des données épidémiologiques; (iii) le nombre insuffisant d'infrastructures sanitaires fonctionnelles.

Devant cette situation d'insécurité résiduelle, des mesures ont été prises pour éviter une catastrophe sanitaire comme : (i) la survenue d'épidémie; (ii) l'aggravation de la situation de la santé maternelle et néonatale; (iii) l'augmentation des cas de maladies endémiques (Tuberculose, VIH/SIDA, Dracunculose, Paludisme, etc.); (iv) l'aggravation du mauvais état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes.

Sur le plan général, le Gouvernement s'est fortement engagé dans la résolution des problèmes de santé par la reprise des activités sanitaires de renforcement des infrastructures partout où cela est possible. Du personnel, du matériel et des médicaments ont été envoyés dans toutes les structures de santé fonctionnelles.

2.6.7 Contribution du système de santé à la lutte contre le paludisme

Le changement institutionnel du PNLP, de pair avec le renforcement de ses ressources humaines et logistiques ont permis une meilleure coordination des activités de lutte contre le paludisme au niveau du secteur public, privé et communautaire (Tableau2).

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

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

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

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

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

Tableau 2 : Contribution du système de santé à la lutte contre le paludisme

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

Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire	Production, analyse, diffusion et utilisation des informations fiables en temps opportun par les nouvelles technologies de l'information. Elles comprennent les cas de paludisme confirmés et les décès. Mise en place du DHIS 2 en remplacement du DESAM
---	--

2.6.8 Contribution du PNLP au renforcement du système de santé

Le PNLP contribue au renforcement du système de santé à travers plusieurs axes :

- ♦ **La gestion de l'approvisionnement** : le PNLP en partenariat avec l'USAID/PMI à travers son programme *System to Improve Access to Pharmaceuticals and services* (SIAPS), la DPM, la PPM et les différents programmes contribuent au renforcement du système d'approvisionnement en termes de formation, d'appui pour la supervision et d'enquêtes périodiques ainsi que la quantification des besoins. Aussi la mise en œuvre de la note conceptuelle 2016-2018 paludisme du Fonds mondial devait contribuer à combler les gaps de financement de l'Etat et de SIAPS.
- ♦ **Information sanitaire, Suivi-Evaluation & Recherche Opérationnelle** : la mise en œuvre de la note conceptuelle 2016-2018 paludisme du Fonds mondial a contribué à renforcer les réunions de revue et de vérification des données à tous les niveaux, introduire l'utilisation des « Technologies Mobiles » au niveau des tous les CSCom afin d'améliorer la promptitude de transmission et le contrôle de qualité des données. Le monitoring des structures de santé, la supervision spécifique du SLIS ainsi que les supervisions spécifiques sur le paludisme ont été appuyés.
- ♦ **Système communautaire** : la mise en œuvre de la note conceptuelle 2016-2018 du paludisme du Fonds mondial a aussi contribué à l'amélioration de la prise en charge au niveau communautaire. Le financement du fonds mondial a mobilisé les différents partenaires du MSHP intervenant dans ce domaine pour : (a) assurer le financement de la motivation des ASC ; (b) étendre la cible du paquet SEC à travers une revue du contenu du document pour inclure les groupes de la population jusque-là non couverts (enfants de trois à six mois et les plus de cinq ans) ; (c) étendre géographiquement la mise en œuvre du paquet ; (d) explorer les possibilités en vue d'utiliser les organisations humanitaires en action dans certaines zones à haut risque pour couvrir les populations affectées ; (e) établir le lien entre la prise en charge du paludisme et de la tuberculose au niveau communautaire ; (f) inclure les ASC dans la complétude des données de surveillance épidémiologique du paludisme ; (g) redynamiser les structures de coordination des SE ; (h) faire la communication autour de la stratégie SEC.

III. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

3.1 Historique de la lutte contre le paludisme

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

- ♦ la mise en place du PNLP en 1993 suite à sa participation à la conférence ministérielle d'Amsterdam ;
- ♦ l'initiative Roll Back Malaria (Faire reculer le paludisme) en 1999 ;
- ♦ la déclaration d'Abuja du 25 avril 2000 lors de la conférence des chefs d'Etat et de Gouvernement ;
- ♦ les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000 qui réaffirment l'engagement de la communauté internationale à agir ensemble pour réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme et la réduction de la pauvreté ;
- ♦ le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté ;
- ♦ le sommet des Chefs d'Etat à Abuja sur le paludisme, la Tuberculose et le Sida en Mai 2006, qui a adopté l'accès universel ;
- ♦ le Mali sélectionné comme pays bénéficiant de l'Initiative Présidentielle Américaine de Lutte contre le paludisme (PMI) en 2006 ;
- ♦ Depuis le 18 juillet 2007, l'ordonnance N° 07-022/PRM, ratifiée par la loi N°07-060 du 30 novembre 2007, qui érige le PNLP en Direction pour lui confier la mission d'animer et de coordonner les activités se rapportant à la lutte contre le paludisme au Mali ;
- ♦ l'élaboration du plan quinquennal 2007-2011 en 2006, réalisée après l'évaluation finale du PSN de lutte contre le paludisme 2001- 2005. Ce plan s'inspire fortement de la politique nationale de santé et des stratégies mondiales de lutte antipaludiques. Celles-ci sont basées sur le développement d'interventions efficaces en matière de prise en charge (CTA, TDR) et de prévention (MILD, TPI, pulvérisation intra domiciliaire) ;
- ♦ Dans le cadre de l'approche multisectorielle décentralisée, tous les niveaux ont pris part au partenariat impliquant les services publics, privés et la société civile ;
- ♦ le Mali a adhéré à la couverture universelle aux interventions de lutte contre le paludisme suite à l'appel du Secrétaire général des Nations Unies en 2008 ;
- ♦ le Mali a élaboré et mis en œuvre une feuille de route pour l'atteinte de la couverture universelle des interventions de lutte contre le paludisme en Septembre 2009.

3.2 Profil épidémiologique

3.2.1 Parasites du paludisme

Les espèces plasmodiales les plus courantes au Mali sont les suivantes (Doumbo et al. 1991, 1992) : (i) *Plasmodium falciparum* qui contribue pour 85 à 90% de la formule parasitaire. *P. falciparum* est responsable des formes létales, graves et compliquées du

paludisme au Mali; (ii) *P. malariae* est rencontré dans 10-14% des infections plasmodiales; (iii) *P. ovale*, contribue pour 1% des cas d'infections plasmodiales.

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

3.2.2 Vecteurs du paludisme

Au Mali, les principaux vecteurs du paludisme sont: *An. gambiae s.l* et *An. funetus* (Thèse ISFRA, Touré et al. 1979). L'étude de Touré en 1989 a donné la composition de l'*An.gambiae s.l*: *An. arabensis* et trois formes chromosomiques d'*An.gambiae s.s* dénommées: Mopti, Bamako et Savane (Touré et al. 1989). Les trois formes chromosomiques sont réparties en deux formes moléculaires M et S par l'amplification de l'ADN ribosomal (Fanello et al.2002).

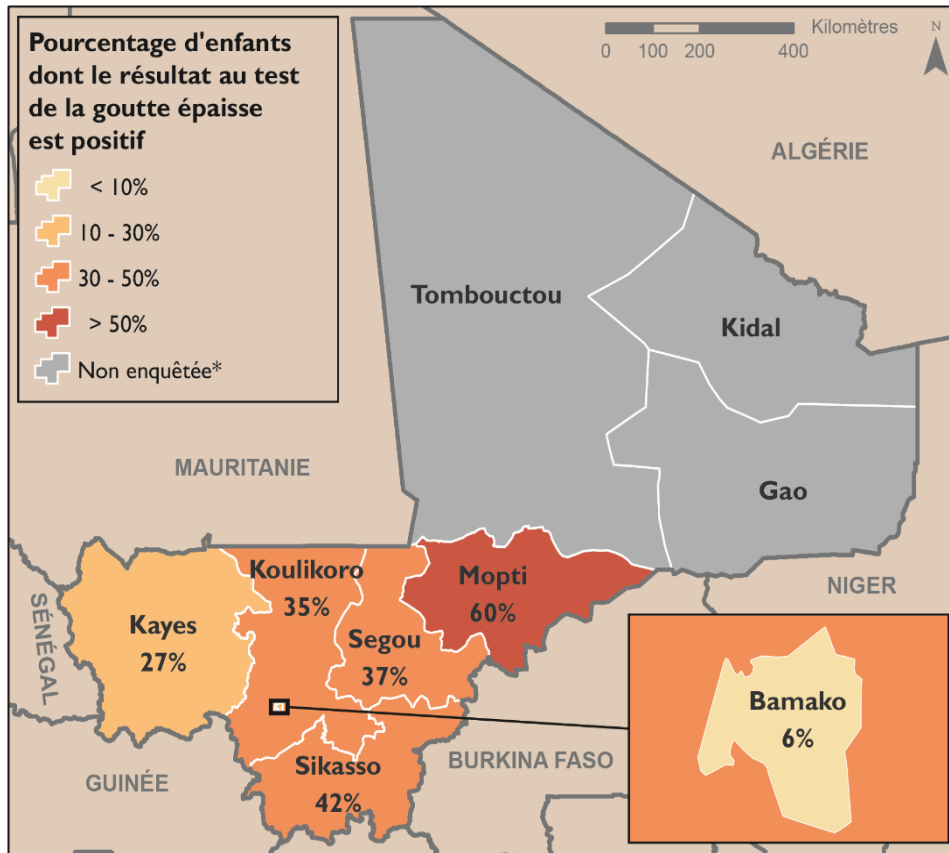
La Systématique est en constante progression, suivant les nouvelles découvertes génétiques. C'est ainsi que récemment, les formes moléculaires M et S du complexe *Anopheles gambiae s.l* ont été érigées en taxons distincts: *An. coluzzii* pour la forme M et *An. gambiae* pour la forme S (Coetzee et al, 2013). Les fréquences relatives de ces vecteurs subissent des variations spatiales et temporaires significatives. En effet, *An. gambiae* s'observe essentiellement en saison des pluies et en savane sud-soudanienne le long des cours d'eau, alors que *An. coluzzii* se rencontre aussi bien en saison des pluies qu'en saison sèche et presque partout au Mali, (Touré et al, 1994 et 1998); (Maïga H. M, 1985 Thèse); (Traoré S.F, thèse ISFRA 1989). *Anopheles funestus* est plus abondant surtout en saison sèche fraîche (Touré, et al, 1979).

Compte tenu de ces variations le PNLP a sélectionné, en 2007, treize sites sentinelles en fonction du profil de transmission pour la surveillance épidémiologique.

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

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

3.2.3 Dynamique de la transmission du paludisme et niveau d'endémicité



Au Mali, il y a une extrême variabilité de la situation épidémiologique qui est fonction des faciès géo-climatiques (Dumbo et al., 1989 ; Dumbo 1992). A ce titre on note :

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

- ♦ Des zones peu propices à l'impaludation particulièrement dans les milieux urbains comme Bamako et Mopti où le paludisme est hypo endémique. L'IP est $\leq 10\%$ et les adultes peuvent faire des formes graves et compliquées de paludisme.

3.2.4 Stratification et cartographie du paludisme

Au Mali, il y a une extrême variabilité de la situation épidémiologique qui est fonction des faciès géo-climatiques (Doumbo *et al.*, 1989 ; Doumbo 1992). A ce titre on note :

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

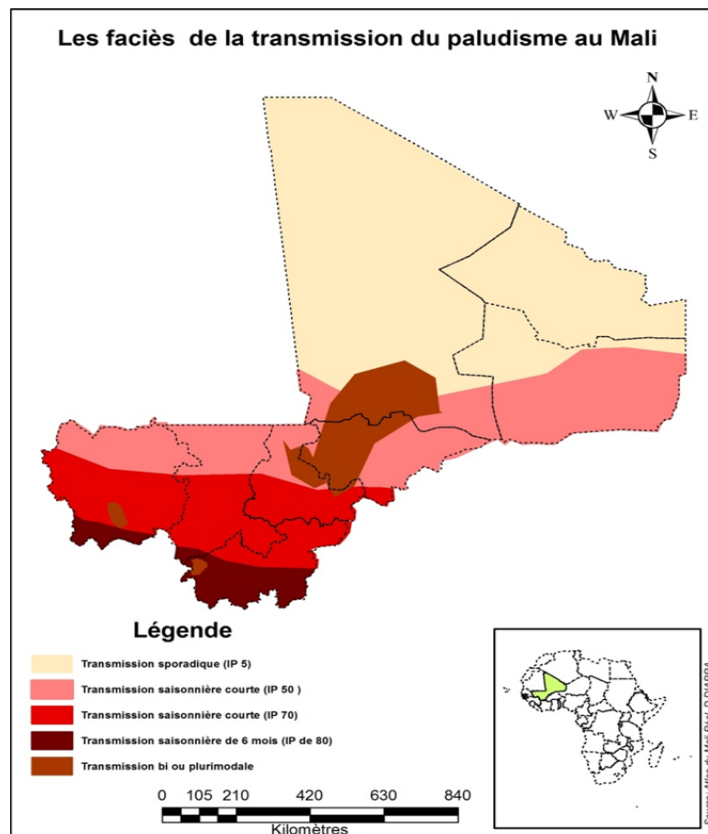


Figure 3 : Les faciès de la transmission du paludisme au Mali

En l'absence de données actualisées, une stratification à l'échelle régionale a été réalisée en utilisant les données de l'enquête MIS 2015 (voir tableau 3).

Tableau 3 : Stratification et populations à risque de paludisme par strate

Strates	Niveau de transmission (En fonction de la prévalence parasitaire) EIPM 2015	Incidence annuelle 2017	Nombre de districts	Population par strate en 2017	% population par strate
I Haute transmission (IP > 50%)	60%	156708 (6%)	Région de Mopti : 8 districts	2644999	14%
II Transmission modérée (IP 10-50%)	17-42%	1387596 (10%)	Sikasso : 10 Ségou : 8 districts Koulikoro : 10 districts Gao : 4 districts Tombouctou : 5 districts Kidal : 4 districts Taoudéni : 4 districts Ménaka : 4 districts	13806309	73%
III Transmission Faible	6%	167337 (7%)	District de Bamako : 6 communes	2352000	13%

(IP <10%)					
-----------	--	--	--	--	--

3.2.5 Morbidité et mortalité

Sur le plan épidémiologique, le paludisme continue d'être la première cause de morbidité (32%) au Mali avec des répercussions socio-économiques sur les populations. Il a été enregistré en 2016, 2 256 451 d'épisodes de paludisme dont 1 576 040 cas simples et 680 411 cas graves. Parmi les cas 1 742 décès ont été enregistrés, soit un taux de létalité de 0,77 ‰ (Annuaire statistique, 2016).

Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les couches les plus affectées par cette maladie. Selon les résultats de l'EIP (EIP 2015), 28% des enfants de moins de 5 ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Au niveau de l'ensemble des cinq régions du Mali, 20% des enfants de 6 à 59 mois souffraient d'anémie sévère (taux Hb < 8g/dl).

Les résultats de l'EDSM-V (EDSM-V, 2012-2013) indiquaient que 82% des enfants de 6-59 mois étaient anémiés. Parmi ces enfants 21% souffraient d'anémie légère, 52% d'anémie modérée et 9% d'anémie sévère. La même enquête a montré que 51% des femmes souffraient d'anémie dont 37% de cas d'anémie légère, 13% de cas d'anémie modérée et 1% de cas d'anémie sévère. Chez les enfants âgés de deux ans et plus, la prévalence de l'anémie variait de 51% pour la tranche d'âge de 24-35 mois à 58% pour celle des enfants de 48-59 mois.

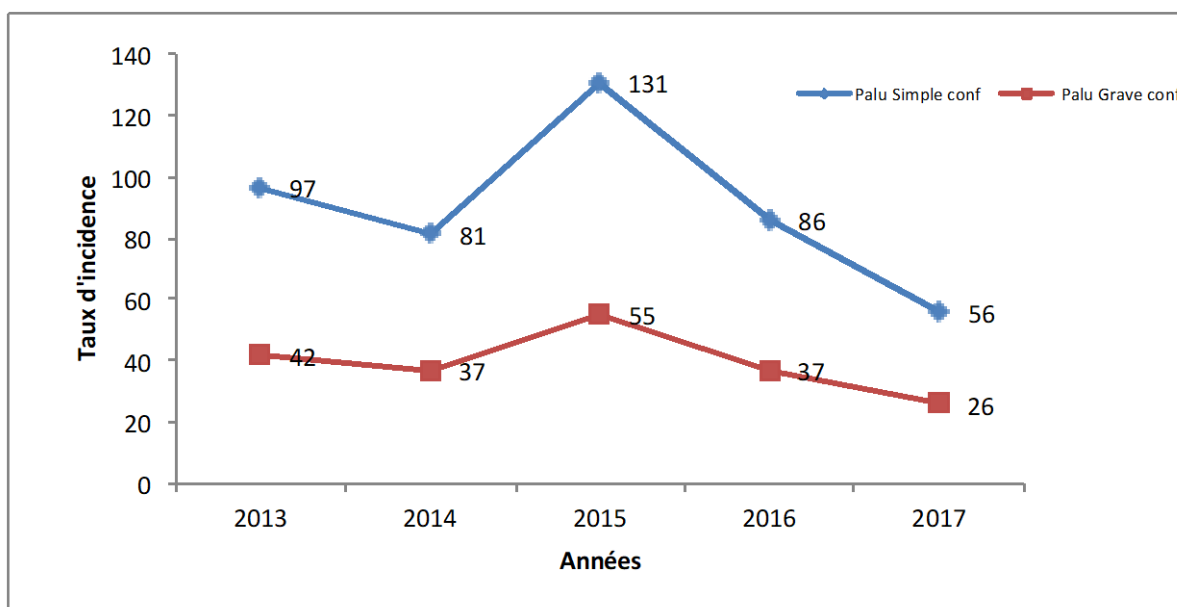


Figure 4: Evolution de l'incidence du paludisme pour 1000 de 2013 à 2017

(Source : SLIS 2013 à 2017)

Nous constatons une diminution globale de l'incidence en dehors d'un pic en 2015. Cette diminution pourrait s'expliquer par les campagnes de couverture universelle en MILD, la

mise à échelle de la chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) et la poursuite de la mise en œuvre de la politique des soins essentiels dans la communauté (SEC). Le pic de 2015 pourrait s'expliquer par la forte pluviométrie enregistrée et l'amélioration du système de collecte des données en poste crise.

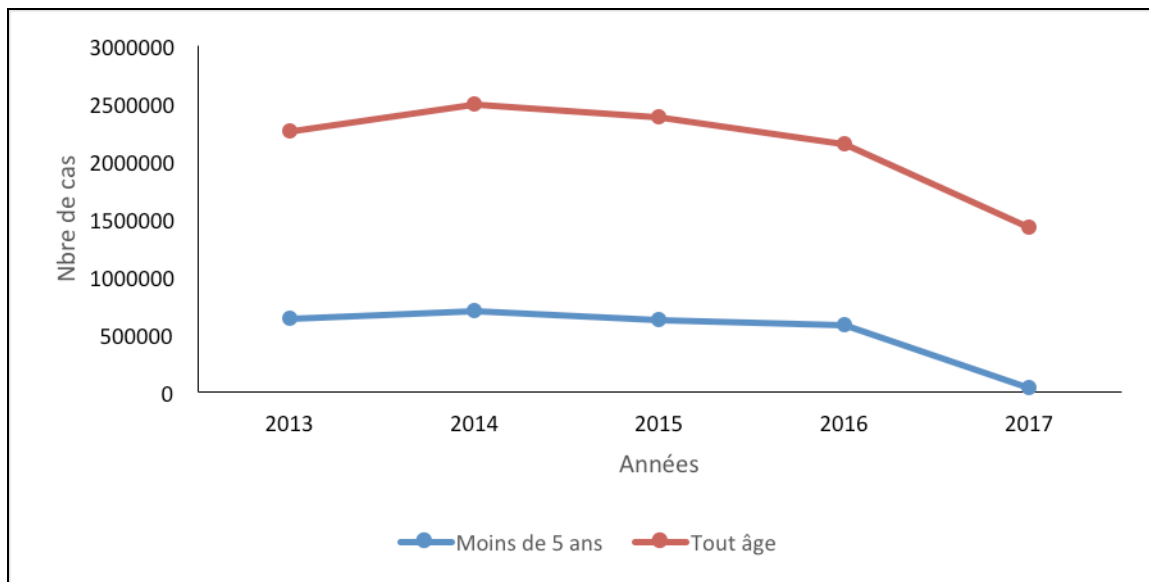


Figure 5 : Evolution du nombre de cas de Fièvre/paludisme simple de 2013 à 2017

Sources : *Annuaire statistiques et rapports activités PNLP*

Nous constatons une diminution des cas de paludisme simple pour toutes les tranches d'âge surtout chez les enfants de moins de 5 ans.

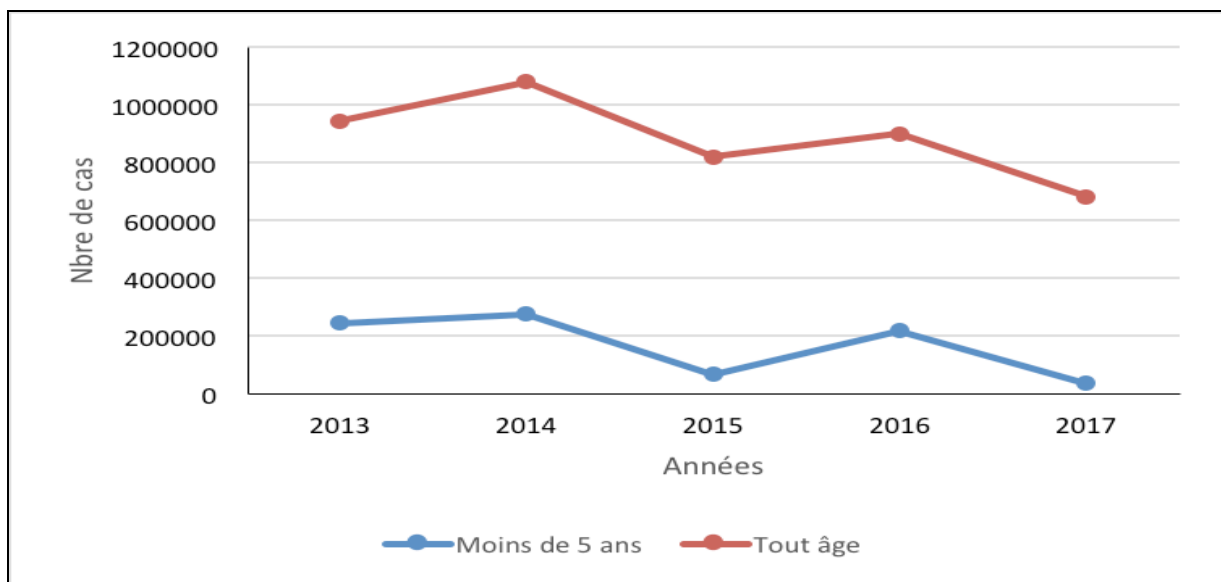


Figure 6 : Evolution du nombre de cas de Fièvre/paludisme grave de 2013 à 2017

Sources : *Annuaire statistiques et rapports activités PNLP*

Nous constatons une évolution en dent de scie des cas de paludisme grave pour toutes les tranches d'âge surtout chez les enfants de moins de 5 ans.

Cependant nous constatons une tendance générale à la baisse du paludisme simple et grave qui pourrait s'expliquer par la mise en œuvre des différentes stratégies telles que : la mise à échelle de la couverture universelle en MILD, la CPS chez les enfants de 3mois à 59 mois, le renforcement des compétences du personnel et l'amélioration de la prise en charge précoce des cas simples par les ASC.

3.3 Revue du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2021-2017

3.3.1 Principaux résultats de la lutte contre le paludisme

3.3.1.1 Evolution des indicateurs du cadre de performance

La performance globale de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme, est suivie à travers les éléments du plan de suivi évaluation du programme.

Tableau 4 : Evolution des indicateurs du cadre de Performance 2013 à 2017

Indicateurs	2012 Données de Base	2013	2014	2015	2016	2017
Incidence des cas confirmés de paludisme (Nombre de Cas externes et cas hospitalisés) pour 1000 hbts	133,9‰	138,5‰	149,7‰	214,2‰	123, ‰	111‰
Incidence du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux et formations sanitaires	200,9‰	316,3‰	240,4‰	269,1‰	172,8‰	122‰
Incidence du paludisme grave (chez les hospitalisés dans les hôpitaux et formations sanitaires avec lits) pour 1000 hbts	40,6‰	41,7‰	46,3‰	55,3‰	37,1‰	35,5‰
Prévalence du Plasmodium chez les enfants âgés de moins de 5 ans (et dans la population générale)	52%			36%		
Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois	82%			19,9%		
Taux de positivité des tests de paludisme (Microscopie et/ou TDR) chez les patients (externe et hospitalisés)	73%	73,69%	75,76%	71,86%	70%	66,54%
Incidence des décès liés au paludisme chez les hospitalisés (hôpitaux, autres structures avec lits)	1,2%	1%	1%	1%	1%	1%
Proportion de ménages avec au moins une MILD pour 2 personnes dans les zones couvertes par la campagne	41,1%			39%		
Proportion de personnes, tout âge confondu, ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête				68%		
Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	69,9%			71%		
Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	75,2%			78%		

Pourcentage de la population protégée par la PID dans les zones ciblées	98,64%	97,9%	97,88%	98,2%	94,2%	90,66%
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI durant leur dernière grossesse avec une naissance vivante	36%	0%	12%	22%	35%	23,24%
Proportion d'enfants de 3 à 59 mois ayant bénéficié de 4 doses SP/AQ dans la zone concernée	20%	127,21%	109,51%	94%	94%	
Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR ou GE)	61%	82%	71%	92%	96%	94,16%
Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique par GE/FM	14,5%	8,42%	7,34%	7,27%	7,37%	9,88%
Pourcentage des cas simple de paludisme vus en consultations externes dans les formations sanitaires publiques et privées ayant bénéficié d'un traitement antipaludique approprié conformément aux directives nationales	84%	112,45%	93%	96%	97%	93,16%
Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme confirmé ayant été traités avec CTA par les ASC	47%	110,58%	101,78%	101%	74%	67,96%
Proportion d'enfants de moins de 5ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers signes	15,4%			28,7%		
Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme suspect ayant été testée par TDR par les ASC au niveau communautaire	98,96%	93,66%	90,66%	74%	97,9%	97,06%
Pourcentage de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent les mesures préventives du paludisme				70%		
Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks de plus d'une semaine dans les principaux intrants (CTA, TDR, SP, MILD, Kit PECADOM) par mois	80,72%			68%		
Proportion d'enfants de 3 à 59 mois ayant bénéficié d'au moins une dose de SP/AQ dans la zone concernée	96%	127,21%	117%	94%	94%	
Nombre de tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques (CTA) réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole OMS	ND*	2	2	2	2	2
Nombre de tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole OMS	ND*	2	2	2	2	2
Taux d'exécution des activités du Plan d'action annuel du PNLP	53,06%	207,59%	99,9%	22,85%	99,81	
Taux d'absorption du budget alloué à la lutte contre le paludisme par l'Etat et les partenaires	89,49%	27,26%	100%	100%	99,96	

3.3.1.2 Evolution de la LAV

- MILD

En matière de promotion de l'utilisation des MILD, le PNLP a distribué 12 226 202 MILD au cours de 9 campagnes de distribution de masse dans l'ensemble du pays.

En routine, 1 436 163 MILD ont été distribuées aux femmes enceintes et aux enfants de moins d'un an en 2013 ; 1 466 265 en 2014 ; 1 997 451 en 2015 ; 1 400 000 en 2016 et 1 249 950 en 2017 soit au total 7 549 829 MILD.

A noter que le pays a enregistré une longue période de rupture en MILD de routine en 2013 suite à la suspension de la subvention Fonds mondial en 2011 et des autres partenaires à cause de la crise socio-politique de 2012.

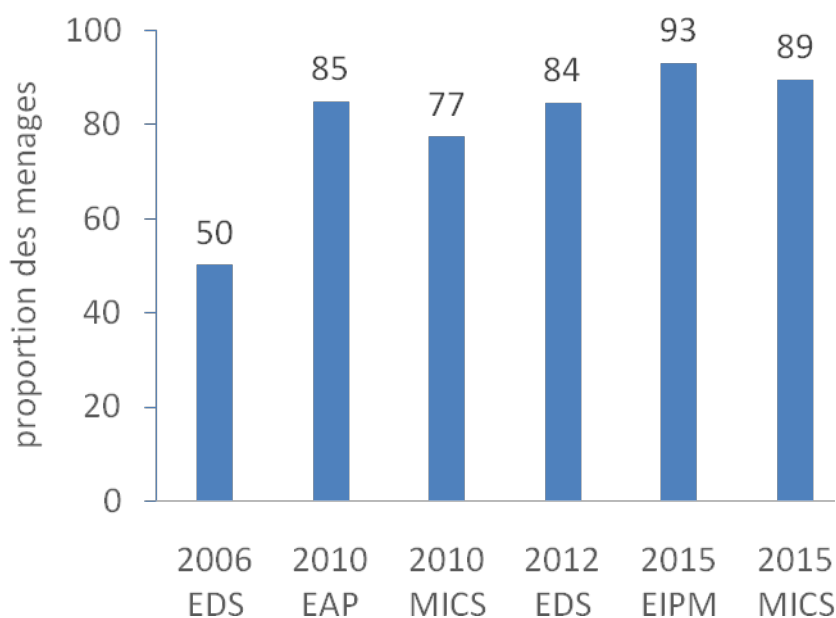


Figure 7 : Evolution de la possession de MII/MILD au Mali de 2006-2015

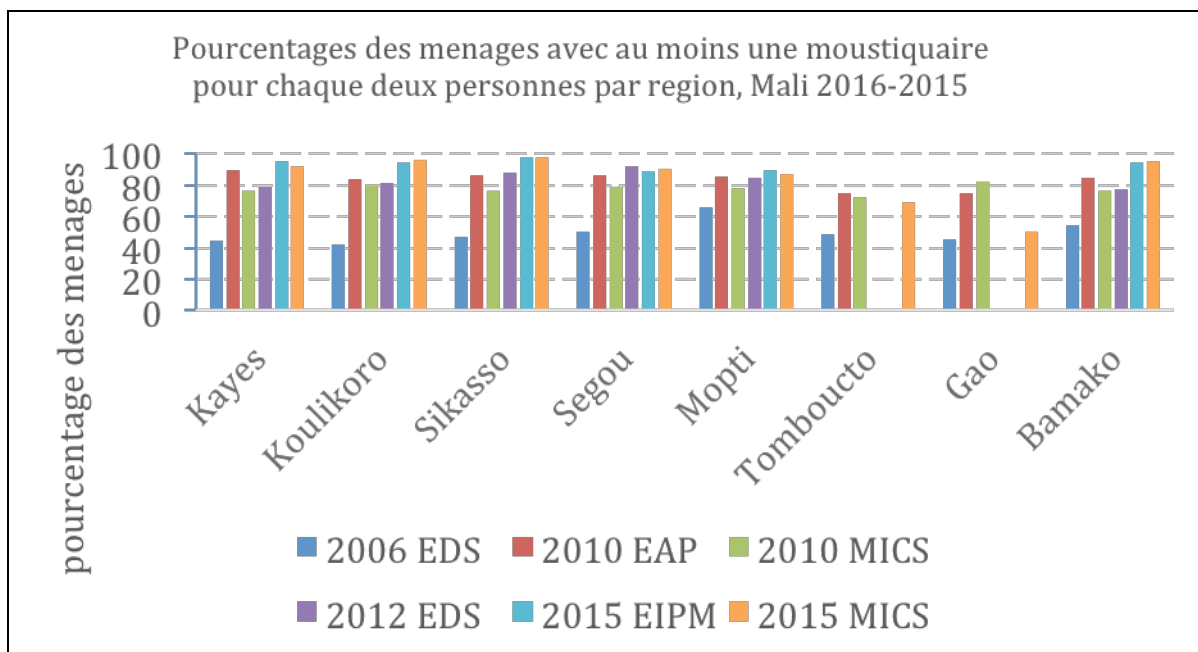


Figure 8 : Pourcentage de ménages avec au moins une MII/MILD pour chaque deux personnes au Mali 2006-2015

3.3.1.3 Evolution du diagnostic et du traitement des cas

Pendant la période 2013-2017, il a été constaté une amélioration de la capacité diagnostique au niveau des formations sanitaires, ce qui pourrait s'expliquer par la formation des prestataires sur les nouvelles directives et la disponibilité des intrants du diagnostic biologique. Cependant des cas de paludisme ont été traités sans être confirmés par un test biologique.

Au niveau des formations sanitaires, des progrès ont été enregistrés sur le traitement des cas de paludisme simple avec les CTA et le traitement des cas graves avec les dérivés d'Artémisinine (Artésunate ou Artémether) ou la quinine par voie parentérale. Au niveau communautaire, il a été constaté pendant la période 2013-2017 plus de cas traités avec CTA que de cas confirmés.

D'une façon générale le taux de confirmation et celui des cas confirmés et traités avec CTA est satisfaisant, ce qui dénote le respect du protocole de traitement du paludisme par les ASC.

Tableau 5 : Progrès des indicateurs de PEC du paludisme au niveau des FS, 2013-2017

Indicateurs	Période					Total
	2013	2014	2015	2016	2017	
Nombre de cas testés par TDR ou par GE	1889286	2692773	3086897	3038150	2535213	13242319
Nombre cas de paludisme confirmés	1367218	2039853	2212984	2176294	1678928	9475277
Total des cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement CTA	1261487	1310158	1683228	1625753	1705106	7585732

Total des cas de paludisme graves confirmés traités (Artésunate ou Artémether ou quinine injectable)	418 356	641350	686017	654193	566597	2966513
% de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement CTA	84 %	64 %	69 %	70 %	58 %	67 %

Tableau 6 : Progrès des indicateurs de PEC du paludisme au niveau communautaire, 2013-2017

Indicateurs	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Nombre de cas suspects paludisme	195834	257917	226575	220367	244016	1144709
Nombre cas testés par TDR	183419	233837	213895	215465	244016	1090632
% de cas testé	94	91	94	98	100	95
Total des cas confirmés	139722	181103	158897	154235	161483	795440
Taux de confirmation	76	77	74	72	66	73
Total des cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement CTA	154518	184340	160354	153676	156383	809271
% de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement CTA	111	102	101	100	97	102

3.3.1.4 Evolution de la prévention du Paludisme chez la femme enceinte

La couverture du TPI à raison d'au moins 3 doses de SP pendant la grossesse reste très faible, malgré les progrès observés entre 2014 et 2017. Cela pourrait s'expliquer par la qualité des services, la demande de l'offre de service par les FE ainsi que le recours tardif des FE à la première CPN. Les mêmes raisons pourraient expliquer les écarts entre les taux des différents TPI. Une bonne disponibilité de la SP au niveau des structures a été observée pendant la période.

Tableau 7 : Couvertures et écarts des CPN1 et TPI chez les femmes enceintes

Items	2013	2014	2015	2016	2017
Couverture CPN1	74 %	71 %	74 %	65 %	57 %
Couverture TPI1	72 %	76 %	82 %	80 %	72 %
Couverture TPI2	49 %	51 %	59 %	57 %	51 %
Couverture TPI3	-	12 %	20 %	41 %	35 %

3.3.1.5 Evolution de la Chimio prévention du Paludisme Saisonnier

La couverture géographique de la CPS est passée de cinq (05) districts soit 19% en 2013 à 65 districts sanitaires du pays soit 100% en 2017, soit une augmentation globale de 81% pour la période (2013-2017). L'estimation de la cible est passée de 343 752 enfants en 2013 à 3 906 696 enfants en 2017.

De 2013 à 2014, le nombre d'enfants cibles traités au 1^{er} passage de la CPS dépassait le nombre d'enfants cibles estimés et cela pourrait s'expliquer par une sous-estimation de la cible.

De 2015 à 2017 les enfants traités étaient moins que les cibles estimées et cela pourrait s'expliquer par le mécanisme de paiement de fonds adopté par certains PTF.

La couverture des cibles au 1^{er} passage est passée de 105% en 2013 à 98% en 2017 en fonction des estimations ; pour le 3^{ème} passage, elle est passée de 47% en 2013 à 103% en 2017. Cette même couverture pour le 4^{ème} passage est passée de 50% en 2013 à 94% en 2016.

Tableau 8 : Couverture de la CPS de 2013 à 2017

Indicateurs	2013	2014	2015	2016	2017*
Couverture géographique	14%	19%	33%	100%	100%
Couverture du 1 ^{er} passage	105 %	117%	95%	89%	98%
Couverture du 2 ^{ème} passage	107 %	104 %	96 %	97%	89%
Couverture du 3 ^{ème} passage	47 %	67 %	62 %	106%	103%
Couverture du 4 ^{ème} passage	50 %	40%	51 %	94%	-
% des enfants ayant reçu 4	NA	ND	ND	ND	ND

3.3.1.6 Evolution de la Gestion des Achats et des Stocks (GAS)

Durant la période 2013- 2017, le Mali a été doté en intrants de lutte contre le paludisme conformément au SDADME.

Les taux d'acquisition des TDR, CTA, SP, SP/AQ et des MILD ont été satisfaisants pendant la période avec respectivement 105% pour les TDR, 106% pour les CTA, 94% pour la SP, 119% pour la SP/AQ et 90% pour les MILD. Par contre celui de l'Artésunate injectable est très faible (6%). Il est à noter une insuffisance dans les conditions de stockage et de gestion des intrants.

3.3.1.7 Evolution du plaidoyer, mobilisation sociale et de la communication pour le changement de comportement

Il était prévu d'amener 85% de la population (groupes cibles ou non) à connaître les mesures préventives du paludisme. En 2015 selon les résultats de l'EIPM cet indicateur était à 70%.

Selon les résultats de l'EDSM-V 2012-13 et de l'EIPM de 2015, les taux d'utilisation des MILD ont évolué respectivement comme suit : 72% en 2012 à 78 % en 2015 pour les femmes enceintes et de 69% en 2012 à 71% en 2015 pour les enfants de moins de 5 ans. La proportion de personnes, tous âges confondus ayant dormi sous une MILD la nuit précédant l'enquête était de 68 % (EIPM 2015).

Le nombre de personnes touchées par les séances de sensibilisation par les ASC/ONG/Autres étaient de 734 562 en 2015 et de 1 917 612 en 2016.

Sur une prévision de 76 activités planifiées sur toute la durée du plan, 56 ont été réalisées soit une performance de 74%.

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

Une investigation a été menée en 2015 suite à une recrudescence des cas de paludisme à Kidal, Gao, Tombouctou, Bamako et le district de Koutiala. Des antipaludiques ont été pré-positionnés dans tous les districts. L'OMS a en plus renforcé les régions de Gao, Tombouctou et Kidal avec 40 000 kits de prise en charge des cas de paludisme.

Le Mali n'a pas connu d'épidémie de paludisme durant la période 2013-2017.

3.3.1.9 Evolution de la Surveillance, Monitoring et Evaluation

En 2016 le logiciel DESAM a été remplacé par le DHIS2 pour la transmission, l'analyse et l'utilisation des données pour la prise de décision. Tous les DTC et les chargés SIS ont été formés à l'utilisation du DHIS2.

Les revues périodiques des données aux niveaux des districts sanitaires et régions ont été réalisées. Depuis 2015 des missions d'audits de la qualité des données sont organisées de façon régulière.

En 2016, les tests en tubes OMS réalisés sur les moustiques ont confirmé une résistance généralisée au DDT, à la Permethrine et à la Deltaméthrine mais une sensibilité au Bendiocarb et au Pirimiphos méthyl.

Au total 171 activités étaient planifiées pour renforcer le système de S&E sur lesquelles 32 ont été complètement réalisées et 43 partiellement.

3.3.1.10 Evolution de la fonctionnalité de la gestion du programme

L'encrage institutionnel du PNLP n'a pas connu de modifications pendant la période du plan. Concernant la mise en œuvre des activités, le PNLP dispose d'un plan stratégique accompagné de son plan de suivi évaluation. En plus, un plan de communication pour la période 2014-2018, un plan national de lutte anti vectorielle et un manuel de formation des prestataires ont été élaborés. Suite à la révision de la politique nationale de lutte

contre le paludisme pour prendre en compte les dernières recommandations de l’OMS, les directives de prévention et de PEC ont été mises à jour en juin 2016.

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

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

3.3.2 Situation du financement du programme

Tableau 9 : Tendances des contributions à la lutte contre le paludisme de 2013 à 2017

Sources de financement	Montant par Année (000 FCFA)						% contribution sur la période 2013-2017
	2013	2014	2015	2016	2017	Total	
ETAT	1132573	1554015	2287458	2785859	2 335 643	10095548	4,53
OMS	45 000	47 500	60 000	1130000	75000	1357500	0,68
FM	92 669	520 991	498 623	9895832	92836320	103844435	51,78
UNICEF	200 189	5 524 793	10 716 201	1331912	455288	18228383	9,09
USAID/PMI	12 500 000	12 500 000	12 500 000	12 500 000	12 500 000	62500000	31,17
Autres*	0	235 630	0	2 786 802	1 719 863	4506665	2,25
TOTAL	13 970 431	20 147 299	26 062 282	30 430 405	109 922 114	200 532 531	100

* BM,OMVS /PGIRE II,Projet palu MTN

Le pourcentage de contribution le plus élevé est constaté au niveau du Fonds Mondial (51,78%) suivi de l’USAID/PMI(31,17%) et de l’UNICEF(9,09%). La contribution de l’Etat du Mali s’élève à 4,53%. Il faut noter que plusieurs partenaires ont appuyé la mise en œuvre du plan stratégique 2013-2017.

Le faible taux d’absorption pourrait s’expliquer par le retard dans la mobilisation des fonds.

Tableau 10 : Tendances des ressources mobilisées et décaissements de 2013 à 2017

Items	Montant (000 FCFA)					
	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Budget planifié	19 419 328	22 557 235	50 342 900	23 321 109	23 276 228	138 916 800
Budget mobilisé	13 970 431	20 147 299	26 062 282	30 430 405	109 922 114	200 532 531
Taux de mobilisation	71,94	89,32	51,77	130,48	472,25	144,35

Budget dépensé	1038604	15323561	296351	28486748	46698471	91843735
Taux d'absorption	7,43	76,06	1,14	93,61	42,48	45,80

Le taux de mobilisation pour les cinq années est satisfaisant (144,35%). Le dépassement de 100% s'explique par l'exécution de certaines activités non planifiées. Par contre le taux d'absorption est faible (45,80%). Des efforts doivent être fournis en vue d'accroître le taux d'absorption des ressources financières.

Tableau 11 : Evolution du budget mobilisé de 2013 à 2017

Items	Montant (000 FCFA)					
	2013	2014	2015	2016	2017	Total
A. Budget planifié	19 419 328	22 557 235	50 342 900	23 321 109	23 276 228	138 916 800
B. Budget mobilisé (B)	13 970 431	20 147 299	26 062 282	30 430 405	109 922 114	200 532 531
C. Carences de financement (A-B)	5 448 897	2 409 936	24 280 618	-7 109 296	-86 645 886	-61 615 731
% Gap financier par an (C/A)	28,06	10,68	48,87	-27,35	-372,25	-43,60

Les gaps de financement concernent les trois premières années du plan. Aucun gap n'a été noté en 2016 et en 2017.

3.3.3 Principales faiblesses de mise en œuvre

Tableau 12 : insuffisances et propositions d'amélioration par stratégie

Interventions	Faiblesses/Insuffisances	Propositions d'amélioration
PEC	Manque de répertoire pour les agents formés dans la plupart des structures sanitaires	Mise à la disposition des PF Palu des DS un canevas de notification des formations
	Rupture de stock pour quelques intrants au niveau opérationnel	Assurer le suivi régulier des stocks par le gérant DRC/pharmacien district
	L'irrégularité dans la supervision de proximité des sites ASC	Assurer la supervision régulière des ASC par les DTC
LAV	MILD : Faible contribution de l'Etat dans l'achat des MILD	MILD : Revoir à la hausse la contribution de l'Etat dans l'achat des MILD
	PID : Financement tributaire d'un seul partenaire (USAID/PMI)	PID : Contribution de l'Etat dans le financement de la PID et recherche d'autres partenaires (relancer le plaidoyer du plan stratégique national de la PID pour la prévention et le contrôle du paludisme 2016-2020).
	LAL : Aucun financement disponible (Etat et partenaires)	LAL : Contribution de l'Etat dans le financement de la LAL et recherche de partenaires pour les traitements ciblés des gîtes. Institution d'un cadre de collaboration avec le Ministère de l'environnement pour intégrer l'activité dans la gestion environnementale

Interventions	Faiblesses/Insuffisances	Propositions d'amélioration
PFE	Manque de supervision de la prise des doses par certains prestataires	L'application de la prise supervisée de la SP au cours des CPN à travers une meilleure sensibilisation des prestataires de services CPN
	Fréquentation faible et tardive par les femmes des services de CPN	Renforcer la CIP entre les prestataires de services et les bénéficiaires, relancer la stratégie avancée et les équipes mobiles Initier des stratégies novatrices pour une meilleure utilisation des services (Ex : Recherche active des femmes enceintes par les ASC et relais au niveau communautaire)
	Existence de barrières limitant l'accès à la CPN (coût et considérations socioculturelles)	Rendre gratuite la CPN (carnet, fiches opérationnelles, échographie et le bilan sanguin) Supervision formative des prestataires
	L'insuffisance dans le respect des directives nationales en matière de CPNr dans certaines structures privées.	Etendre la formation en CPNr et la supervision aux prestataires des structures privées
CPS	Retard dans la mobilisation des ressources	Mettre à disposition à temps les ressources suffisantes pour s'assurer de l'exécution des 4 passages requis une fois l'activité débutée.
	Sous notification des effets indésirables liés aux médicaments de la CPS	Renforcer le système de pharmacovigilance
	Non-financement de médicaments pour la prise en charge des effets indésirables des médicaments de la CPS.	Prendre en compte le coût des médicaments pour la prise en charge des effets indésirables des médicaments de la CPS lors de la planification
Gestion du Programme proprement dite	Non-respect du cadre organique de la Direction du PNLP	Respecter le cadre organique du PNLP en ne maintenant que le personnel dont le profil correspond au besoin du programme.
	Faible implication des acteurs du secteur privé, confessionnel et parapublic dans les activités de lutte contre le paludisme	Renforcer l'implication des acteurs du secteur privé dans la lutte contre le paludisme
	Irrégularité dans la fonctionnalité des groupes thématiques paludisme	Dynamiser les groupes thématiques
	Faible collaboration de certains partenaires en matière d'information sur les données et les financements dans leurs zones d'intervention	Renforcer le partenariat en matière d'information sur les données et les financements dans les zones d'intervention Redynamiser le comité de suivi du PNLP
	Faible part de l'État dans la mobilisation des ressources	Augmenter la part de l'Etat dans la mobilisation des ressources
CCSC	Retard dans la mise en œuvre du Plan de communication et de plaidoyer en matière de lutte contre le paludisme.	Aligner l'élaboration du Plan de communication et de plaidoyer en matière de lutte contre le paludisme au Plan stratégique
	Insuffisance dans le financement des activités du Plan de communication.	Rechercher le financement nécessaire à la réalisation de toutes les activités du Plan de communication.
	Insuffisance de coordination entre les différents acteurs impliqués dans la communication en matière de lutte contre le paludisme	Renforcer le leadership du PNLP dans la mise en œuvre des activités communication en matière de lutte contre le paludisme (Associations/ONG).
	Inexistence de personnel qualifié en marketing social au niveau du PNLP	Doter le PNLP en personnel qualifié en marketing social
GAS	Irrégularité dans l'approvisionnement en consommables de laboratoire.	Renseigner correctement et régulièrement les outils de gestion des intrants
	Insuffisance dans la gestion des données du SIGL	

Interventions	Faiblesses/Insuffisances	Propositions d'amélioration
Gestion des urgences et des catastrophes (ou Lutte contre les épidémies de paludisme)	Manque de seuil épidémiologique dans plusieurs DS	Faire une analyse de situation des cas notifiés de paludisme sur 5 ans pour déterminer le seuil épidémiologique des districts sanitaire.
	Insuffisance dans la collecte, l'analyse et la transmission des données de surveillance hebdomadaires sur le paludisme;	Améliorer la complétude des données de la surveillance épidémiologique du paludisme
	Absence d'un plan national de lutte contre les épidémies de paludisme.	Elaborer le plan national de lutte contre les épidémies de paludisme.
S&E et RO	Irrégularité des supervisions des prestataires aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	Organiser les supervisions régulières formatives en cascade aux différents niveaux de la pyramide sanitaire
	Problèmes de complétude, de promptitude et de qualité des données du SLIS.	Améliorer la qualité des données à travers les revues et audits décentralisées par niveau
	Insuffisance de capacités en S&E et recherche opérationnelle au niveau régionale et opérationnel	Renforcer les capacités en S&E et recherche opérationnelle au niveau régional et opérationnel à travers la formation
	Insuffisance dans la dissémination des résultats des recherches	Développer la recherche et la dissémination des résultats
	Faible financement des activités SE et recherche opérationnelle	Plaidoyer pour le financement des activités de SE et recherche opérationnelle

3.4 Défis pour le programme en 2018-2022

- Assurer le diagnostic biologique de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et au niveau communautaire ;
- Améliorer le système de gestion des données aux différents niveaux de la pyramide sanitaire y compris celles entomologiques (promptitude, complétude, contrôle de qualité et utilisation de l'information) ;
- Améliorer la gestion des intrants pour la prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et communautaire ;
- Améliorer le recours précoce aux soins à travers la sensibilisation et la disponibilité permanente des services ;
- Mettre en place un système perein de paiement régulier des motivations aux ASC ;
- Mettre en place une stratégie de gestion de la résistance ;
- Développer des stratégies novatrices pour une meilleure utilisation du TPI (stratégie avancée, mobilisation communautaire, prise supervisée) ;
- Plaidoyer auprès de l'État et des partenaires financiers pour la pérennisation de la couverture de l'ensemble du pays en CPS ;
- Développer le volet pharmacovigilance et recherche comme composante nécessaire à la mise en œuvre de la CPS ;
- Réaliser une nouvelle stratification pour adapter les stratégies de lutte aux différents faciès ;
- Renforcer la coordination à différents niveaux (central, intermédiaire et opérationnel) à travers le développement d'un programme de renforcement des capacités managériales des responsables;
- Améliorer le fonctionnement des mécanismes nationaux, régionaux et locaux de quantification et de gestion des intrants de lutte contre le paludisme ;
- Assurer le suivi post formation/supervision réguliers des prestataires à différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Documenter les expériences réussies dans la mise en œuvre des interventions majeures et leur impact mesuré par le biais d'enquêtes dans les formations sanitaires et au niveau des communautés.

IV.CADRE STRATEGIQUE DU PSN 2018-2022

4.1 Vision

Le Mali est résolument engagé dans une dynamique de développement humain durable tel que matérialisé dans le PDDSS 2014-2023 en cours de mise en œuvre d'où la vision du PNLN pour l'horizon 2030 "*Un Mali sans paludisme*".

4.2 Mission

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

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

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

4.3 Principes et valeurs

Le plan stratégique 2018-2022 repose sur des principes fondamentaux suivants :

- l'équité dans l'accès aux soins de qualité pour tous,
- la gestion axée sur les résultats,
- l'amélioration de la gouvernance sanitaire,
- la synergie avec les autres services et programmes du Ministère en charge de la Santé et des autres Ministères,
- l'appui des partenaires et des autres secteurs de développement,
- l'implication effective des communautés dans le processus de lutte contre le Paludisme.

4.4 Orientations stratégiques et priorités politiques

- ***Cibler les interventions en fonction des caractéristiques épidémiologiques :***

A travers ce PSN 2018-2022, le PNLP s'inscrit dans l'accélération du contrôle du paludisme en vue de l'atteinte du seuil épidémiologique de pré élimination. Pour ce faire, les actions de lutte vont stratégiquement s'orienter vers le ciblage des interventions en fonction des caractéristiques épidémiologiques. Globalement, trois zones à niveaux différents d'endémicité sont identifiées : «les zones d'endémicité faible où les objectifs visent une consolidation des acquis en vue d'atteindre la pré-élimination ; « les zones d'endémicité moyenne » et « les zones d'endémicité élevée» où l'intensification de la mise à l'échelle des interventions permettra d'assurer rapidement le renforcement du contrôle de la maladie.

- ***Maintenir un accès et une couverture élevée à travers des interventions de qualité :***

L'accès universel aux différentes interventions sera renforcé pour faciliter la protection des groupes vulnérables et des populations défavorisées et leur assurer l'accès à des

soins et services de qualité. Les zones à endémicité élevée seront ciblées dans ce sens pour atteindre rapidement les objectifs fixés.

- ***Renforcer l'approche communautaire :***

L'approche communautaire pourra contribuer à susciter la demande de soins et renforcer l'offre de services par les communautés elles-mêmes. A cet effet, la mise en œuvre des interventions communautaires de ce plan restera intégrée au paquet des SEC (Soins Essentiels dans la Communauté).

- ***Améliorer les capacités de coordination et de gestion :***

L'amélioration des capacités de coordination et de gestion dans le cadre de la lutte contre le paludisme, avec comme principaux piliers, la décentralisation et la gouvernance locale, devrait aussi permettre une forte implication des collectivités locales et communautés dans la planification, la mobilisation des ressources, la promotion et la mise en œuvre des interventions.

- ***Renforcer le partenariat notamment avec le secteur privé :***

Le partenariat notamment avec le secteur privé sera renforcé afin d'optimiser les opportunités de financement et de coordination.

- ***Contribuer au renforcement durable du système de santé :***

La contribution au renforcement durable du système de santé est aussi une priorité. Ce plan sera orienté vers une responsabilisation plus importante des niveaux régional et opérationnel.

L'accent sera mis sur la planification décentralisée, l'amélioration du système d'approvisionnement, l'extension des interventions à base communautaire et le renforcement du système d'informations sanitaire à travers des outils innovants et le développement de la recherche.

- ***Promouvoir les interventions de surveillance du paludisme***

Le renforcement de la surveillance épidémiologique sera effectif à tous les niveaux avec un accent particulier sur les districts à risque d'épidémie.

4.5 But et objectifs

4.5.1 But

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

4.5.2 Objectifs

Le PSN 2018-2022 vise d'ici fin 2022 à :

- Réduire le taux de mortalité lié au paludisme d'au moins 50% par rapport à 2015 ;
- Réduire l'incidence du paludisme d'au moins 50% par rapport à 2015 ;
- Renforcer les capacités de coordination et de gestion du Programme à tous les niveaux.

4.6 Principales stratégies de lutte

4.6.1 Gestion et coordination du programme

- **Objectif de la composante :**

Renforcer les capacités de coordination et de gestion du Programme à tous les niveaux.

- **Liste des Interventions :**

- Gestion du Programme
- Renforcement institutionnel de la coordination du Programme
- Renforcement de la structure organisationnelle
- Renforcement des capacités
- Planification et mise en œuvre
- Coordination des partenariats
- Renforcement du système de gestion des achats et des stocks

- **Description des interventions :**

- **Gestion du Programme**

La gestion du PNLN est sous la responsabilité d'un Directeur, assisté d'une équipe pluridisciplinaire. La lutte contre le paludisme est intégrée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle fait intervenir différents acteurs.

Le PNLN sera doté en logiciel de gestion afin de disposer d'une base de données financières et logistiques.

Des activités seront organisées afin de sensibiliser et mobiliser les ressources financières supplémentaires à travers des téléthons et le plaidoyer auprès du secteur privé.

- **Renforcement institutionnel de la coordination du Programme**

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

Les équipes du PNLN, des DRS et des DS seront formées sur des thématiques diverses en vue de renforcer leurs compétences. Tous les niveaux de la pyramide sanitaire et la

société civile seront parties prenantes dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme.

○ **Renforcement de la Structure organisationnelle**

La coordination, le suivi et l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme se font à travers les organes et instances créés dans le PRODESS aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Le cadre organique du PNLP sera révisé en prenant en compte les nouveaux besoins.

○ **Renforcement des capacités**

Dans le cadre du plan stratégique, le PNLP sera renforcé en personnel au besoin, mais surtout en compétences sur la base des insuffisances notées par la RPP. Il s'agit entre autres de formations en épidémiologie et bio statistique, recherche sur la santé, communication, S&E , paludologie, gestion des données, gestion des projets. Des voyages d'étude et de partage d'expérience seront organisés.

Des assistants techniques seront recrutés pour renforcer l'équipe du PNLP.

○ **Planification et mise en œuvre**

Après l'adoption officielle du PSN 2018-2022, un plan d'action opérationnel en sera extrait tous les ans. Ce plan prendra en compte toutes les interventions de lutte contre le paludisme à réaliser au niveau opérationnel et sera coordonné avec les partenaires, les directions régionales et les districts sanitaires.

Il sera réalisé une revue à mi-parcours du plan ainsi qu'une revue de performance à la fin du plan.

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

Des activités intégrées seront mises en œuvre avec d'autres programmes de santé tels que la SR et le PEV.

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

○ **Coordination des partenariats**

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

- ◆ comité d'orientation du PNLP ;
- ◆ comité de pilotage du PNLP ;
- ◆ comité de suivi des intrants.

Dans le cadre de ce plan, le partenariat sera renforcé par la tenue régulière des instances de ces différents comités.

- **Renforcement du système de gestion des achats et des stocks**

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

La centrale d'achat assurera le stockage puis l'acheminement de ces produits jusqu'au niveau des FS. A cet effet, il existe au niveau régional et DS des dépôts pour le stockage de médicaments et intrants qui sont gérés par des pharmaciens/gérants. Une fois rendus disponibles au niveau des DS, les prestataires de soins des structures sanitaires peuvent s'approvisionner. L'approvisionnement des officines privées en antipaludiques et intrants est fait par les établissements d'importation et de vente en gros.

4.6.2 Lutte Anti Vectorielle (LAV)

- **Objectifs de la composante**

- Amener au moins 80% de la population des zones à risque de paludisme à dormir sous moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'ici 2022;
- Protéger au moins 80% de la population des zones ciblées par la Pulvérisation Intra Domiciliaire d'ici 2022;
- Traiter au moins 95% des gîtes larvaires productifs dans les zones ciblées d'ici 2022.

- **Liste des Interventions**

- Renforcement des capacités en Lutte Anti-vectorielle ;
- Accès Universel aux MILD ;
- Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) dans les districts sanitaires ciblés ;
- Lutte Anti Larvaire ciblée ;
- Gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides ;
- Renforcement de la collaboration avec le secteur privé dans le cadre de la LAV.

- **Description des interventions**

- **Renforcement des capacités en Lutte Anti-Vectorielle**

Il s'agira de renforcer les compétences du personnel de santé qui a en charge la mission de lutte contre les vecteurs. Ce renforcement de capacités se fera à travers des formations et recyclage et concernera différentes catégories de personnels. Ces formations viseront les agents de santé à tous les niveaux. Ceci permettra à terme de disposer de personnels compétents, capables de conduire les activités de lutte antivectorielle. L'autre volet du renforcement des capacités consistera à la production des plans nationaux de LAV et de gestion des pesticides à travers des ateliers de validation, de dissémination et de mise en œuvre.

○ **Accès Universel aux MILD :**

La politique nationale en matière de prévention, accorde une place importante à la promotion de l'utilisation des MILD. Celle-ci se fera, à travers les campagnes de distribution de masse et les activités de routine. En ce qui concerne la quantification des MILD de la campagne de distribution de masse, le principe d'estimation sera basé sur 1 MILD pour 2 personnes.

Le PNLP poursuivra l'organisation des campagnes de distribution gratuite de masse dans les régions pour toute la population à risque et la distribution en routine de MILD aux groupes les plus vulnérables (femmes enceintes, enfants < 1an) au cours des prochaines années (2018-2022). Cette distribution de masse prendra en considération les MILD existantes sur le terrain.

Les actions prévues concerneront en particulier :

- ♦ L'acquisition de MILD nécessaires et l'approvisionnement des régions et districts : Il s'agira d'acquérir et de mettre à la disposition des districts sanitaires ciblés, des MILD destinées aux campagnes de distribution de masse;
- ♦ L'organisation de la gestion adéquate des unités de stockage des MILD ;
- ♦ L'organisation des campagnes de masse de distribution des MILD : avant la mise en œuvre des campagnes de distribution de masse, chaque district sanitaire, produira un plan opérationnel adapté aux réalités de la zone à partir d'un atelier avec les différents acteurs impliqués;
- ♦ La réalisation du contrôle de qualité des MILD distribuées : Il s'agira, de réaliser systématiquement sur un échantillon de MILD fraîchement reçu, des tests d'efficacité avec une souche sensible pour confirmer les tests réalisés par le fournisseur. Cette activité permettra au pays d'évaluer la qualité des MILD avant leur distribution et de faire le feedback au fournisseur en cas de problème ;
- ♦ Le suivi de la durabilité et la bio efficacité des MILD distribuées lors des campagnes de distribution de masse : Il s'agira d'évaluer l'efficacité des MILD dans les conditions du terrain à travers le suivi d'un échantillon de ces MILD à intervalles réguliers (3 ou 6 mois) à partir du moment de la distribution jusqu'à ce que, environ 50% soient perdues. Cela permettra d'avoir des informations claires sur la durée de vie et l'efficacité d'une MILD sur le terrain.

○ **Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) des districts sanitaires ciblés**

Cette intervention concernera les districts sanitaires ciblés, avec possibilité d'ajouter un district sanitaire par an. Chaque district, produira un micro plan opérationnel adapté aux réalités de la zone à partir d'un atelier avec les différents acteurs. Ce travail sous la coordination des districts sanitaires, verra la participation des acteurs de la santé mais également des élus locaux, de la communauté ou tout autre organisme ou association impliqués dans des activités du système de santé.

La mise en œuvre des opérations de la PID s'appuiera sur le manuel opérationnel de la PID de l'OMS adapté au contexte local. Il est prévu de faire un traitement par district sanitaire et par an, juste avant la période de haute transmission du paludisme. La mise en œuvre est prévue pour une période de 30 jours par district sanitaire. Une réunion de

restitution et de validation des résultats des campagnes sera organisée au niveau de chaque district sanitaire après la campagne de PID. Les activités de contrôle de la qualité de l'application seront effectuées dans tous les districts, une fois durant la période de l'application. Le suivi de la rémanence de l'insecticide pulvérisé sera effectué chaque mois dans tous les districts sanitaires traités.

L'organisation des campagnes de PID se fera à travers :

- ♦ La collecte des données entomologiques de base et épidémiologiques du paludisme dans les districts sanitaires ciblés pour la PID. Des études entomologiques de base seront conduites par le PNLP et ses partenaires dans un site sentinelle de chacun des districts sanitaires ciblés ;
- ♦ L'organisation des missions d'information des autorités sanitaires et administratives locales : des missions seront effectuées dans les districts sanitaires ciblés pour, d'une part informer les autorités administratives et sanitaires et d'autre part évaluer les opportunités locales notamment en termes de stockage, de logistique et de collecte de données utiles à la planification des opérations. Ces missions seront effectuées par des équipes du niveau central avec l'appui du niveau régional et du district sanitaire.
- ♦ La cartographie des ménages des zones ciblées : Il s'agit de cartographier tous les ménages de la zone à traiter. Il est également prévu de procéder à la réactualisation des données démographiques et l'estimation du nombre et de la taille moyenne des structures à traiter. Cette cartographie des différentes localités ciblées sera réalisée par des équipes du niveau central avec l'appui du niveau régional et du district avant le démarrage des opérations de PID;
- ♦ L'acquisition d'équipements, matériels de protection, consommables et insecticides pour la PID : Il s'agira d'acquérir et de mettre à la disposition des districts sanitaires ciblés, des équipements, matériels de protection, consommables et insecticides nécessaires à la mise en œuvre des opérations de PID ;
- ♦ La réalisation des opérations de la PID dans les zones ciblées ;
- ♦ Le suivi- évaluation des activités des campagnes de PID ;
- ♦ Le contrôle de l'efficacité et le suivi de la rémanence de l'insecticide utilisé pour la PID dans les districts sanitaires ciblés : Il sera organisé des missions après le traitement afin d'évaluer la qualité de l'application et l'efficacité du produit. Ce contrôle se fera selon le protocole standard de l'OMS (WHOPES, 2013). Pour le suivi de la rémanence de l'insecticide, la même procédure sera respectée mais donnera des informations sur la durée d'efficacité du traitement. Il se fera de manière mensuelle et continue jusqu'à ce que le niveau d'efficacité soit au-dessous du seuil fixé par l'OMS (80%) ;
- ♦ La réalisation d'études post campagne PID sur la situation épidémiologique et entomologique du paludisme ;
- ♦ La gestion des déchets : elle prend en compte la gestion de l'environnement lors du transport des insecticides et des opérations de PID en conformité avec les exigences de la législation nationale en vigueur et les différentes conventions internationales ratifiées par le pays.

○ **La lutte anti larvaire**

La LAL viendra en complément de l'utilisation des MILD. La lutte anti larvaire est une méthode utile dans la lutte contre le paludisme, en particulier dans les endroits où les gîtes larvaires sont accessibles et relativement limités en nombre et en taille. Ces critères sont rencontrés dans les zones urbaines et rurales, avec l'utilisation des biolarvicides.

Dans le cadre du PSN 2018 – 2022, la mise en œuvre de cette intervention se fera à travers les actions suivantes :

- ♦ le traitement de gîtes larvaires avec un biolarvicide : cette intervention sera conduite par le PNLN en collaboration avec ses partenaires. Une mission de prospection de terrain, une enquête entomologique et épidémiologique de base ainsi qu'une cartographie des gîtes larvaires seront réalisées. Cela permettra d'évaluer certaines opportunités et difficultés à prendre en compte dans la mise en œuvre de l'intervention, de disposer des données de base sur les vecteurs du paludisme et d'identifier les gîtes larvaires existants. Toutes les régions ciblées par l'intervention seront approvisionnées en biolarvicide, logistique, équipements et matériels nécessaires au traitement des gîtes larvaires;
- ♦ La destruction physique des gîtes larvaires : elle consiste à lutter contre la production massive des larves des moustiques en détruisant leurs gîtes par le drainage, l'écoulement des eaux, le remblayage et l'intervention sur les berges du fleuve, des mares, barrages, marigots, lacs...etc.
- ♦ L'assainissement de base : menée par les communautés et les ONG locales à travers l'enlèvement, l'élimination des ordures ménagères et au remblayage des gîtes larvaires (au moyen des pierres, terres et autres matières organiques), le drainage des eaux de certains gîtes et le désherbage ;
- ♦ Le volet recherche opérationnelle sera aussi développé.

○ **Gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides**

La mise en œuvre de cette intervention se fera à travers les actions suivantes :

- ♦ La collecte des données entomologiques et épidémiologiques de base du paludisme dans les districts sanitaires retenus pour la PID ;
- ♦ Le suivi annuel de la résistance des vecteurs aux insecticides sur les sites retenus ;
- ♦ La supervision des activités des campagnes de PID au niveau des districts ciblés pour la gestion de la résistance ;
- ♦ La gestion des données du suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides dans les sites sentinelles.

Le fonctionnement et la fonctionnalité de l'organe de décision pour la gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides doivent être assurés à travers l'organisation des réunions périodiques et l'affectation de frais y afférents.

- **Renforcer la collaboration avec le secteur privé dans le cadre de la LAV**

Un cadre de collaboration formel sera créé entre le PNLP et le secteur privé qui sera renforcé à travers des ateliers d'information et d'échanges sur les activités de LAV.

4.6.3 Prévention du Paludisme chez la femme enceinte

4.6.3.1 Traitement Préventif Intermittent (TPI)

La prévention du paludisme chez la femme enceinte est une composante essentielle de la lutte contre le paludisme. Le TPI constitue l'une des interventions de cette stratégie. Il est axé sur la distribution gratuite de la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) au cours des soins prénatals. Pour une harmonisation de la gestion de la SP à tous les niveaux et l'adéquation de leur utilisation, des directives ont été élaborées.

Les documents des soins prénatals ont été révisés en adaptant les informations récentes relatives à la lutte contre le paludisme.

La mise en œuvre du TPI se fait par la Direction Nationale de la Santé (DNS) à travers sa division santé de la reproduction. Le PNLP vient en appui pour la mise en œuvre de toutes les activités au niveau opérationnel.

- **Objectif**

Couvrir au moins 80% des femmes enceintes en TPI (au moins 3 doses) au cours de leur grossesse d'ici 2022.

- **Liste des Interventions**

- Renforcement de la disponibilité de la SP
- Intensification du Suivi et Evaluation de la stratégie TPI
- Promotion du TPI

- **Description des interventions**

- **Renforcement de la disponibilité de la SP**

L'approvisionnement se fait à travers le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME). Il sera procédé à la tenue correcte régulière de tous les supports de gestion de la SP (le bordereau de livraison, les fiches de stocks, les rapports mensuels de gestion des stocks, les rapports trimestriels de distribution de la SP et le bon de commande préétabli) qui seront ainsi mis à contribution pour établir les commandes à tous les niveaux.

Les conseils de cercle et les ASACO doivent prendre toutes les dispositions utiles pour une gestion transparente et correcte de la SP dans toutes les structures de santé communautaires et publiques qui reçoivent la SP gratuite.

Le transport de la SP est subventionné par l'Etat et/ou les partenaires jusqu' au niveau district. Le transport des districts aux CSCOM est assuré par les ASACO. La distribution de la SP suit un circuit défini comme suit: la porte d'entrée est la CPN des femmes

enceintes à partir du 4^{ème} mois de la grossesse ; la femme enceinte doit bénéficier de la 1^{ère} dose de la SP à partir du 4^{ème} mois de la grossesse en CPN ; elle doit bénéficier d'au moins 3 doses de la SP à partir du 4^{ème} mois jusqu'à l'accouchement, avec l'intervalle d'au moins un mois entre les prises ; les prises doivent être supervisées (en présence d'un prestataire). Pour faciliter la prise supervisée, la SP est mise au niveau des unités CPN uniquement.

- **Intensification du Suivi et Evaluation de la stratégie TPI**

Le suivi se fera par la supervision semestrielle du PNLP vers les DRS et les CSRef. Le monitoring est semestriel et se fait au niveau CSCOM, CSRef puis région. L'évaluation se fait par enquête opérationnelle organisée par le niveau central en collaboration avec les partenaires.

- **La promotion du TPI**

La promotion du TPI sera une des actions phare du PNLP. Elle se fera avec l'implication du secteur privé dans la mise en œuvre, la dissémination des directives nationales en matière de TPI et une sensibilisation soutenue des femmes en âge de procréer. Cette sensibilisation peut se faire aussi à travers les associations féminines avec une forte utilisation des masses medias.

Des actions de plaidoyer seront menées auprès des leaders communautaires, des autorités politiques et administratives.

4.6.3.2 MILD Chez la femme enceinte

Toutes les femmes enceintes doivent bénéficier gratuitement d'une MILD lors de leur 1^{ère} consultation prénatale.

- **Objectif**

- Amener au moins 80% des femmes enceintes à utiliser les MILD d'ici fin 2022

- **Liste des Interventions**

- Renforcement de l'approvisionnement ;
- Renforcement du suivi et évaluation ;
- Promotion des MILD

- **Description des interventions**

- **Renforcement de l'approvisionnement en MILD :**

L'approvisionnement se fait à travers le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME).

- **La distribution des MILD :**

La femme enceinte doit bénéficier d'une MILD dès son premier contact en CPN, celle qui vient au centre seulement pour l'accouchement est exclue de la cible. Elle se présente au DV avec sa fiche personnelle correctement remplie avec mention MILD. Elle sera munie aussi de son bon de moustiquaire délivré une seule fois pendant sa grossesse. Toute femme qui n'a pas reçu sa moustiquaire doit retourner informer le prestataire qui l'a prescrite.

- **Le renforcement du suivi et évaluation :**

Le chargé SIS est responsable du suivi de la micro planification pour laquelle il doit tenir un tableau de bord de distribution des MILD par mois. Pour ce faire, il doit remplir les rapports de distribution des stocks en collaboration avec le gérant et aussi les rapports de gestion des stocks.

- **Promotion des MILD :**

La promotion de l'utilisation des MILD par les femmes enceintes se fait essentiellement par la sensibilisation à travers les causeries-débats dans les maternités, les radios de proximité.

4.6.4 Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier

Au Mali, la majorité des cas de paludisme survient généralement de Juillet à Novembre. Pendant cette période, les cas se concentrent surtout entre Août et Novembre pour les régions du sud et entre Septembre et Décembre pour les régions du nord.

La CPS consiste à donner une combinaison de SP+AQ à dose thérapeutique pour une prévention pendant la période de haute transmission du paludisme.

Les médicaments sont donnés une fois par mois pendant 4 mois. Après chaque administration de SP+AQ à J1, AQ à J2 et J3, l'enfant est protégé pendant 4 semaines.

Les enfants de 3 à 59 mois constituent la cible de cette stratégie.

L'Agent de Santé Communautaire (ASC) et le relais communautaire seront les ressources humaines privilégiées pour cette activité.

- **Objectif :**

- Couvrir au moins 90% des cibles par passage.

- **Liste des interventions :**

- Coordination des campagnes ;
- Renforcement des capacités des acteurs ;
- Amélioration de la distribution communautaire ;
- Promotion de la CPS

- **Description des interventions :**

- **Coordination des campagnes :**

Des réunions de coordination et d'orientation se tiendront au niveau du PNLP avec l'ensemble des partenaires impliqués dans la mise en œuvre pour la mobilisation financière et aussi pour l'élaboration des documents et supports nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie.

○ **Renforcement des capacités des acteurs :**

Les formations des acteurs se feront en cascade du niveau central vers les régions en intégrant les districts sanitaires (DS) lors des ateliers de micro planification ; des DS vers les CSCOM et des CSCOM vers les ASC/relais.

○ **Amélioration de la distribution communautaire:**

L'ASC et le relais communautaire seront les ressources humaines privilégiées pour cette activité.

La distribution se fera sous forme de campagne en stratégie fixe/mobile/porte à porte. La stratégie fixe est destinée aux grandes agglomérations (villes et gros village) et la stratégie mobile vise les petits villages, hameaux et sites/fractions.

○ **Suivi et évaluation :**

Il se fait par monitoring rapide lors de chaque passage pendant les campagnes CPS. Les résultats sont transmis de façon journalière. Cette transmission se fait des CSCOM vers les DS, des DS vers le niveau régional, du niveau régional vers le niveau central. Des fiches de notification des effets indésirables sont disponibles à tous les niveaux pour la surveillance de la pharmacovigilance pendant la campagne.

Une enquête nationale sera nécessaire pour déterminer la couverture globale du pays.

○ **La promotion de la CPS :**

Cette promotion se fait par le plaidoyer auprès des autorités politiques et administratives pour l'extension de la stratégie aux enfants de 60 à 120 mois ; la sensibilisation au niveau communautaire et une utilisation optimale des masses medias.

4.6.5 Diagnostic et Prise en charge des cas

● **Objectifs**

- Assurer la confirmation biologique (TDR, microscopie) de 100% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires publiques, parapubliques, confessionnelles, communautaires et privées ;
- Assurer la confirmation biologique (TDR) de 100% des cas suspects de paludisme vus par les agents de santé communautaires ;
- Assurer la prise en charge correcte de 100% des cas de paludisme confirmés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et chez les agents de santé communautaires.

● **Liste des Interventions**

- Diagnostic biologique du paludisme
- Traitement du paludisme
- Assurance et contrôle de qualité

- **Description des interventions**

- **Diagnostic biologique du paludisme**

Conformément à la politique de lutte contre le paludisme, tout cas suspect de paludisme sera confirmé par la microscopie (GE/FM) ou les TDR avant le traitement.

Le diagnostic biologique (TDR et microscopie) sera offert gratuitement aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes. La microscopie est réservée aux formations sanitaires disposant d'un laboratoire et les TDR sont utilisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaires (FS et communautaire). Le personnel de santé impliqué dans le diagnostic biologique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (prescripteurs et laborantins) y compris celui du secteur privé sera formé/mis à niveau sur les techniques de diagnostic.

Pour le niveau communautaire, les agents de santé Communautaires (ASC) seront formés/mis à niveau sur les SEC.

- **Traitement du paludisme**

Les cas de paludisme simple confirmés (TDR ou Microscopie) seront traités par la combinaison Artemether - Lumefantrine (AL) en première intention ou Artésunate-Amodiaquine (AS/AQ) en traitement alternatif.

Les CTA seront utilisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour traiter les cas de paludisme simple. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes recevront gratuitement les CTA.

Le traitement du paludisme simple chez la femme enceinte se fera avec les CTA à partir du deuxième trimestre de la grossesse conformément aux recommandations de l'OMS.

Les cas de paludisme grave confirmés seront traités avec les dérivés de l'Artémisinine injectable (Artésunate ou Artemether) ou la quinine. Quant aux enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, il y aura des kits gratuits à base d'Artésunate injectable.

Le traitement du paludisme grave chez la femme enceinte se fera préférentiellement avec la quinine injectable au premier trimestre et l'Artésunate ou l'Artemether au deuxième trimestre de la grossesse.

NB : Pour le traitement des cas de paludisme grave, le relai se fera toujours par voie orale dès que l'état du patient le permet.

Le personnel de santé impliqué dans le traitement des cas sera formé sur les nouvelles directives révisées de PEC au niveau de toutes les formations sanitaires (publiques et privées) ; quant au niveau communautaire, les agents de santé Communautaires (ASC) seront formés/mis à niveau sur les SEC et assureront la prise en charge des cas de paludisme simple après confirmation par les TDR. Ils assureront aussi le traitement pré-transfert des cas graves et leur référence vers les structures appropriées.

- **Assurance et contrôle de qualité**

Il s'agira d'assurer la qualité de la prestation à travers la formation, la mise à disposition de procédures opératoires normalisées et un contrôle de qualité régulier au niveau de toutes les structures de santé des secteurs public et privé disposant d'un laboratoire.

Il faudra en outre assurer la sécurité des patients et garantir une adhésion durable au traitement à travers le renforcement du plan national de pharmacovigilance qui se fera par :

- ♦ la formation des prestataires des structures de santé sur le système de notification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ♦ la mise à disposition des supports de notification et la remontée de l'information ;
- ♦ l'évaluation de l'efficacité et des effets secondaires des molécules utilisées de façon régulière à travers des études de recherche.

NB : Le Laboratoire National de la Santé (LNS) en collaboration avec le PNLP assurera le contrôle de qualité des médicaments antipaludiques à la réception et par des échantillonnages aléatoires au niveau des formations sanitaires.

4.6.6 Promotion de la Santé

Le plan de communication, de mobilisation sociale et de plaidoyer en matière de lutte contre le paludisme 2018-2022 du PNLP, document de référence accompagne le programme dans l'atteinte de ses objectifs de promotion de la santé.

Les activités de Communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC) concernent des thématiques sur les différentes interventions de prévention, de prise en charge à travers divers canaux de communication.

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

- **Objectif**

Amener 90% de la population (groupes cibles ou non) à connaître les mesures préventives du paludisme d'ici à la fin 2022.

- **Liste des Interventions**

- Communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC)
- Plaidoyer
- Mobilisation sociale.

- **Description des interventions**

- **Communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC) :**

Un plan de communication, de plaidoyer et de mobilisation sociale sur le paludisme aligné sur la même période que le Plan stratégique 2018-2022 sera élaboré, validé, multiplié et disséminé à tous les niveaux. Pour ce faire, un atelier de revue interne et externe de l'ancien plan 2014-2018 sera organisé. En plus, les interventions suivantes seront entreprises :

- **Développement des supports éducatifs** : Les imprimés (brochures, dépliants, affiches, fiches techniques sur la prévention et la PEC, bandes dessinées, bulletin, kakemonos etc.) seront produits.

Les supports de counseling (Boite à images, aide-mémoires, cartes conseils...) seront aussi produits pour accompagner la CIP des agents de santé. Justement dans le cadre de la CIP, les activités telles que l'organisation des causeries éducatives, des visites à domicile et des journées d'information au niveau communautaire des cibles secondaires sur le renforcement de leurs capacités seront menées.

- ♦ **Communication par les médias de masse :**

Elle consistera à produire et diffuser des spots TV, radios (proximité) et sketch sur les MILD, TPI/SP, la CPS, la PID et la prise en charge. Des émissions radios, TV seront produites lors de la célébration des activités de la JMLP et du lancement de la CPS. Une conférence-débat sera animée lors de la célébration de la Journée de la maternité à moindre risque, de la Journée de la population etc.

Un accent particulier sera mis sur l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication, les réseaux sociaux et la mise à contribution des opérateurs de téléphonie mobile. En ce sens des SMS et messages vocaux de rappel des femmes enceintes sur la prise du TPI seront envoyés.

Dans le domaine du renforcement des capacités, la Division Communication du PNLN sera renforcée à travers la participation à des séminaires internationaux. Aussi, les membres du Groupe de Travail Communication sur le Paludisme seront outillés pour coordonner le processus de développement des outils de communication.

Pour assurer la visibilité du PNLN, il y'aura la production d'un bulletin semestriel d'information, la création et l'animation d'un site web et l'exploitation des sites existants pour la diffusion de l'information disponible sur le paludisme.

Les médias traditionnels seront mis aussi à contribution à travers le théâtre, l'utilisation des griots, contes, etc.

- **Plaidoyer**

Le plaidoyer se fera à l'endroit des leaders politiques, communautaires, religieux, partenaires techniques et financiers, du secteur privé (entreprises privées, semi-privées, hommes d'affaires) et les autres secteurs pour une identification, une exploitation d'axes de collaboration. Des déjeuners et un téléthon seront organisés à cet effet.

Ce plaidoyer sera aussi élargi aux institutions de la République (Assemblée Nationale). Pour ce faire, une stratégie de plaidoyer comportant des cibles, des parties prenantes, des activités et des objectifs précis sera dégagée. De même, les célébrités, les champions et ambassadeurs de la lutte contre le paludisme seront mis à contribution pour prêter leurs voix afin d'attirer l'attention sur un problème et faire la promotion d'un comportement souhaité.

Le tout sera soutenu par l'élaboration et la reproduction d'un plan de mobilisation des ressources.

- **Mobilisation sociale.**

Dans le cadre de la mobilisation sociale, il y'aura :

- la célébration de la journée mondiale/Semaine nationale de lutte contre le paludisme ; la journée de la maternité à moindre risque ; l'organisation des émissions à grand public, des caravanes et journées d'information/orientation et de mobilisation sur le paludisme, des dialogues communautaires. Des lancements nationaux des différentes campagnes seront organisés (MILD, TPI/SP, CPS etc.). Des Unités de Vidéo Mobiles (MVU) sillonneront les districts sanitaires. De même, des supervisions des activités de communication seront organisées.
- des comités de veille sur le paludisme seront créés et soutenus au niveau communal.

4.6.7 Lutte contre les épidémies et Urgences Paludisme

Le Mali présente plusieurs faciès épidémiologiques du paludisme avec des zones à risque d'épidémie surtout la zone sahélo saharienne dans les régions de Gao, Tombouctou, Kidal, Kayes, Ségou, Mopti et Koulikoro. La gestion de l'épidémie se fait dans le cadre de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR).

Il a été planifié de renforcer la surveillance épidémiologique, notamment la définition des seuils épidémiques et la redynamisation des sites sentinelles de surveillance, la prise en compte des données pluviométriques nationales en collaboration avec les services de météorologie et les institutions de recherche. Des stocks d'antipaludiques seront pré-positionnés dans les aires de santé à risque d'épidémie de paludisme.

En cas de situation d'épidémie, plusieurs mesures d'urgence devraient être exécutées conformément aux directives nationales :

- le traitement complet en 3 jours des cas de paludisme simple par les CTA;
- le traitement de cas graves par l'Artésunate ou l'Artémether ou la quinine injectable ;
- la pulvérisation intra domiciliaire ;
- la destruction des gîtes larvaires par l'utilisation des larvicides ;
- la chimio-prévention du paludisme saisonnier ;
- la distribution de MILD.

- **Objectifs :**

- Détecter dans la semaine 100% des épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce au niveau des districts à risque d'épidémie et les sites sentinelles ;
- Gérer 100% des épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection.

- **Liste des Interventions**

- Renforcement de la prédiction des épidémies et de leur détection précoce
- Mise en œuvre de la surveillance communautaire dans les districts avec les ASC
- Renforcement de l'investigation des situations épidémiques
- Renforcement de la mise en œuvre des activités de riposte

- **Description des interventions**

- **Renforcement de la prédiction des épidémies et de leur détection précoce**

Dans les 5 années à venir, le PNLP intensifiera la surveillance épidémiologique du paludisme après la mise à jour et la dissémination du guide de surveillance des épidémies de paludisme. Le personnel sera formé/recyclé à tous les niveaux sur ce guide et la détermination du seuil épidémique par aire de santé.

La collaboration avec les services de météo sera renforcée pour une bonne prédiction des épidémies.

Deux stratifications du paludisme seront faites pendant la période du plan sur la base des indicateurs parasitologique, entomologique et climatique.

L'intégration des activités entomologiques dans la surveillance sentinelle sera renforcée et dans ce cadre les agents d'hygiène des régions et districts abritant des sites sentinelles seront formés sur les techniques de base de l'entomologie et les procédures de suivi entomologique.

La notification hebdomadaire des données au niveau de tous les districts sera renforcée pendant la période.

Un plan de lutte contre les épidémies de paludisme sera élaboré, validé, multiplié et disséminé à tous les niveaux dès la première année.

L'utilisation des données de surveillance, de routine et les résultats de l'EDSM et EIPM par les niveaux opérationnels et intermédiaires sera améliorée. Dans ce cadre, les responsables des niveaux intermédiaire et opérationnel seront amenés à faire la stratification des districts/aire de santé à partir d'une analyse fine des données de leur district afin d'identifier les différentes zones de transmission.

Un cadre multisectoriel et pluridisciplinaire pour le traitement et l'analyse des données de prédiction des risques d'épidémies sera mis en place en vue de faciliter l'échange d'informations et améliorer la qualité de l'analyse.

En collaboration avec les instituts de recherche (MRTC, INRSP...) la surveillance intégrée dans les districts à potentiel épidémique au stade pré élimination sera aussi renforcée par le développement d'activités de suivi entomologique, parasitologique et de biologie moléculaire pour une meilleure surveillance du comportement des vecteurs et du parasite.

Une évaluation du système de surveillance épidémiologique actuel sera réalisée dès la première année du plan avec la collaboration des partenaires. Le PNLP organisera chaque année une rencontre transfrontalière avec les pays voisins.

- **Mise en œuvre de la surveillance communautaire dans les districts avec les ASC**

Il est nécessaire de renforcer les activités communautaires de lutte contre le paludisme à travers une surveillance communautaire. Ce volet communautaire de la surveillance du paludisme sera développé durant les cinq prochaines années. Il s'agira dès la première année d'actualiser le guide de surveillance des épidémies de paludisme. Tous les acteurs (Equipe-cadre région, district, DTC et ASC) seront orientés sur la surveillance communautaire du paludisme.

Un système de notification hebdomadaire des données communautaires sera mis en place avec la transmission des informations aux DTC pour avoir l'exhaustivité des données correctes. Dans ce domaine, les nouvelles technologies seront utilisées pour faciliter le rapportage.

- **Renforcement de l'investigation des situations épidémiques**

Durant les cinq prochaines années, il sera nécessaire de renforcer et de documenter toutes les investigations des situations épidémiques à travers la fiche standard adaptée au Mali.

- **Renforcement de la préparation et de la mise en œuvre des activités de riposte**

Les plans de riposte des districts sanitaires à risque d'épidémie et les sites sentinelles seront élaborés dès la première année et mis à jour lors des revues semestrielles. Un stock des intrants de paludisme pour les épidémies sera constitué et mis en place au niveau des districts à risque d'épidémie et les sites sentinelles.

4.6.8 Gestion des approvisionnements et des stocks

Afin d'assurer un approvisionnement correct des populations en produits pharmaceutiques, le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME) a été révisé en 2010. Les quatre fonctions clés de la mise en œuvre du SDADME sont l'approvisionnement, la supervision ou le suivi, le contrôle ou l'inspection et l'information ou la communication.

- **Objectif**

Assurer 100% de disponibilité des intrants antipaludiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

- **Liste des Interventions**

- Amélioration du processus d'acquisition (Sélection et Quantification, Achat) des intrants de lutte contre le paludisme
- Renforcement de capacités de la gestion logistique des intrants de lutte contre le paludisme

- Amélioration de la disponibilité des produits
- Renforcement de la gestion de stock et la distribution
- Renforcement du Système d'information et de gestion logistique
- Renforcement des capacités du personnel GAS
- **Description des interventions**
 - **Amélioration du processus d'acquisition des intrants de lutte contre le paludisme**

L'acquisition est un processus qui concourt à l'approvisionnement du pays tout en commençant par : la sélection ; la quantification ; l'achat ; la réception et le contrôle de qualité.

- **Renforcement des capacités sur la gestion logistique des produits**

Au Mali le stockage et la distribution des intrants de lutte contre le paludisme rentrent dans le cadre du SDADME. A cet effet, cette distribution est basée sur un système de réquisition à tous les niveaux. Les intrants antipaludiques seront commandés en quantité suffisante et distribués à travers la PPM dans le cadre d'un protocole d'accord. La PPM assurera le stockage puis l'acheminement de ces produits jusqu'au niveau des formations sanitaires. A cet effet, il existe au niveau régional et districts sanitaires des dépôts pour le stockage des médicaments et intrants qui sont gérés par des pharmaciens ou par les gérants.

Le suivi de la gestion des stocks des intrants antipaludiques au niveau des formations sanitaires est assuré par la DPM en collaboration avec le PNLP et les services déconcentrés ainsi que les partenaires techniques et financiers.

Dans le cadre du système d'information en gestion, le Mali a mis en place l'Outil de Suivi des Produits de Santé (OSPSanté) qui permet de soutenir les prises de décisions fondées sur les données de consommation des produits de lutte contre le paludisme. Il est renseigné à travers les supports de gestion du SDADME. Cependant il faudra signaler que l'interopérabilité entre l'OSP Santé et le DHIS2 est en exécution.

- **Renforcement des capacités du personnel GAS**

Réviser le cadre organique du PNLP en créant une unité GAS (Gestion des Achats et Stocks) au sein de la division prévention et prise en charge. Cette unité bénéficiera d'un renforcement de capacités par des formations en planification, gestion des achats et de stock, et logistique.

4.6.9 Suivi Evaluation et Recherche opérationnelle

- **Objectif**

Assurer 100% de promptitude et 100% de complétude des données à tous les niveaux.

- **Liste des Interventions**

- Renforcement des compétences du personnel
- Renforcement du cadre de travail
- Amélioration de la qualité des données
- Mise en place d'un système d'assurance qualité intégrée des données du paludisme ;
- Constitution de bases factuelles sur le paludisme avec diffusion et utilisation d'informations stratégiques aux différents acteurs, décideurs et partenaires.

- **Description des interventions**

- **Renforcement des compétences du personnel**

Les formations des personnes impliquées dans le système de suivi-évaluation des activités à différents niveaux, la gestion des données du paludisme, la standardisation des concepts et des méthodes. Cette formation concernera aussi le personnel des structures publiques, des structures privées et associatives.

- **Amélioration de la qualité des données**

L'amélioration de la qualité des outils de collecte de données et de suivi de la mise en œuvre des interventions à différents niveaux concernera aussi bien les outils de collecte de données primaires que les outils de suivi des activités mises en œuvre. Les différents niveaux impliqués dans les activités de lutte contre le paludisme participeront au processus de révision et/ou développement de ces outils.

- **Mise en place d'un système d'assurance qualité intégrée des données du paludisme**

Le contrôle de la qualité des données et leur validation sont faits soit lors des supervisions assurées par les différents niveaux d'encadrement (équipes du PNLP, de la Direction Régionale de la Santé et du District Sanitaire), soit lors des revues périodiques des données ou à l'occasion des réunions trimestrielles organisées au niveau des districts. Des audits périodiques de la qualité des données seront réalisés.

L'évaluation globale de la qualité des données sera effectuée en année 3 et année 5 du Plan.

- **Constitution de bases factuelles sur le paludisme**

La documentation des interventions de lutte contre le paludisme pour constituer des bases factuelles sur les indicateurs de performance se fera à travers des supervisions régulières, des évaluations et enquêtes périodiques.

V. CADRE DE MISE EN OEUVRE DU PSN 2018-2022

5.1 Modalités de mise en œuvre du PSN 2018-2022

5.1.1 Mécanisme de planification et de mise en œuvre

Le processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des interventions du programme doit se faire dans un cadre de collaboration entre le PNLP et les différentes parties prenantes, notamment les autres services du ministère en charge de la santé et des autres départements ministériels, les collectivités territoriales, les ONG, les structures de recherche et universitaires, les PTF, les réseaux et institutions sous régionaux et internationaux.

5.1.2 Système de partenariat et de coordination

La lutte antipaludique va se faire dans le cadre de mécanismes de partenariat définis par le ministère en charge de la santé.

Le PNLP va s'appuyer sur un partenariat solide basé sur un mécanisme régulier de concertation entre les parties prenantes, conformément au principe des **"three one"**.

Dans le cadre de cette politique, le PNLP va s'atteler à renforcer le partenariat avec les structures nationales et internationales, en particulier la société civile et le Secteur Privé.

De façon spécifique, le PNLP va développer des modèles innovants de partenariat avec le secteur privé médical en vue de promouvoir l'application des directives techniques sur la prise en charge des cas et la prévention du paludisme.

5.1.3 Approvisionnement et système de gestion des achats

La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) est chargée de la régulation du secteur pharmaceutique. L'approvisionnement et la distribution des produits pharmaceutiques se font par la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) sur la base du Schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels (SDADME).

Le Laboratoire National de Santé (LNS) a en charge des aspects de contrôle de qualité à l'importation et tout au long du système de stockage et de distribution des produits pharmaceutiques.

L'inspection de la Santé a en charge le respect de la législation, de la réglementation et des procédures.

L'instance de coordination est le Comité Technique de Coordination et de Suivi de la Gestion des Médicaments Essentiels (CTCSGME) et comprend en son sein le sous-comité de quantification qui est subdivisé en groupes de quantification pour chaque programme dont le Paludisme.

Le groupe de quantification paludisme élabore un plan d'approvisionnement et distribution des intrants de lutte contre le paludisme dont le suivi est assuré par le CTCSGME.

La mise en œuvre des activités GAS du Plan stratégique du PNLP sera assurée en étroite collaboration avec les structures centrales habilitées (DPM, PPM, LNS), les partenaires

techniques et financiers, les Directions Régionales de la Santé, les Districts Sanitaires, les CSCom.

5.1.4 Gestion des ressources financières

Conformément aux engagements internationaux auxquels a souscrit le Mali, le PNLP doit accélérer la mise en œuvre des recommandations spécifiques, notamment :

- l'accès universel des populations aux services préventifs et curatifs du paludisme selon les systèmes nationaux de protection sociale en vigueur ;
- la suppression des taxes et droits de douanes sur les intrants antipaludiques ;
- l'intégration à tous les niveaux de la pyramide sanitaire des prestations de la lutte contre le paludisme.

Dans le cadre de la mobilisation de ressources pour la lutte contre le paludisme, le PNLP va s'inscrire dans une dynamique nationale de financement des Plans Décennaux de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) élaborés par le ministère en charge de la santé. En droite ligne avec le PDDSS, le PNLP va continuer d'élaborer de façon cyclique des plans stratégiques et des plans d'action opérationnels de lutte contre le paludisme en vue de mobiliser les ressources adéquates auprès de l'Etat et de différents partenaires.

Aussi, le PNLP va saisir les opportunités d'initiatives de financements au niveau national et international en vue de combler les carences programmatiques et financières du plan stratégique de lutte contre le paludisme en cours d'exécution.

Pour une gestion efficace et efficiente des ressources financières conformément aux normes d'orthodoxie financière, le Programme National de Lutte contre le Paludisme attend se doter d'un manuel de procédures de gestion administrative, financière et comptable à l'image de celui du Ministère en charge de la santé dans le cadre du PRODES III. Il va aussi développer un plan de passation des marchés publics, un plan de gestion des achats et des stocks et un plan de gestion des risques. En plus du manuel de procédure administrative, financière et comptable, le programme va se doter d'un logiciel de gestion comptable et financier et aura à recruter un aide comptable, un comptable, un auditeur interne et un spécialiste de passation des marchés.

5.1.5 Gestion et atténuation des risques

Afin de résoudre les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre du PSN 2013-2017, le PNLP élaborera et adoptera un plan de gestion des risques qui sera mis en œuvre à travers la mise en place d'une cellule de gestion des risques.

5.2 Budgétisation du PSN 2018-2022

5.2.1 Résumé du budget

Le budget global du Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Mali s'élève à **191 915 115 900 FCA (284 522 996 Euro)**, sur les 5 ans à venir pour une population estimée à 21 697 000 habitant en 2022, soit un cout d'investissement moyen annuel de 8845 F CFA par habitant (13,48 €).

Les années 2018 et 2021 avec les campagnes de masse dans 2 grandes régions de Koulikoro, Sikasso et le District de Bamako prennent la plus grande part du budget.

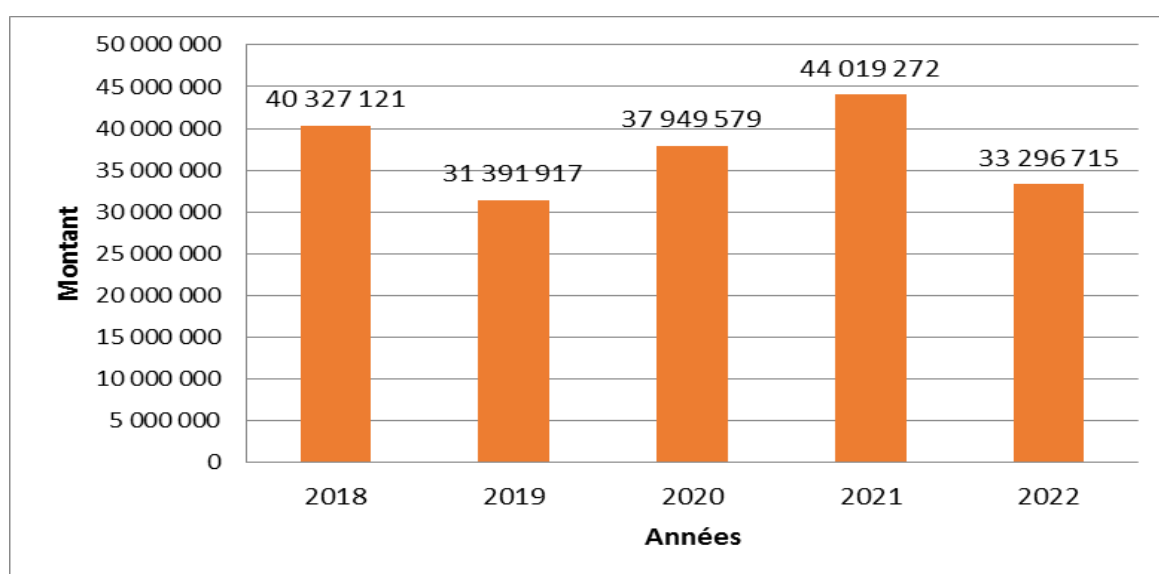


Figure xx : Répartition du budget par année

Synthèse du Budget par Domaine de Prestation de Service

Tableau xx: Répartition du budget par Domaine

INTERVENTIONS	BUDGET PAR AN (FCFA)					Total FCFA (5 ans)	Total Euro (5 ans)	%
	2018	2019	2020	2021	2022			
PEC	126 018 500	534 348 812	479 586 192	365 351 530	280 604 500	1 785 909 533	11 909 040	0,93%
LAV	514 542 989	575 641 236	696 576 545	835 370 681	1 018 863 352	3 640 994 804	4 620 200	1,90%
PFE	457 187 990	351 320 532	392 228 652	513 928 728	351 320 532	2 065 986 434	3 773 219	1,08%
CPS	7 131 522 935	7 330 253 815	7 532 930 615	7 739 194 615	7 949 045 815	37 682 947 795	57 447 284	19,64%
Promotion de la Santé	1 688 138 340	1 615 411 332	1 444 950 358	1 438 950 358	1 457 016 504	7 644 466 892	5 339 832	3,98%
Gestion Programmatique	1 440 341 720	1 525 937 520	1 360 155 120	1 282 521 960	1 438 242 200	7 047 198 520	128 136	3,67%
GAS	26 790 745 129	17 544 221 623	24 483 899 958	29 778 834 311	19 476 763 227	118 074 464 248	180 003 360	61,52%

Surv-épidem	170 466 732	334 269 217	205 988 687	90 232 587	81 005 220	881 962 443	1 344 543	0,46%
SE	2 984 281 695	2 550 650 298	2 348 012 510	2 969 636 930	2 238 603 798	13 091 185 231	19 957 383	6,82%
TOTAL PSN 2018-2022	41 303 246 030	32 362 054 384	38 944 328 637	45 014 021 701	34 291 465 147	191 915 115 900	284 522 996	100,00%

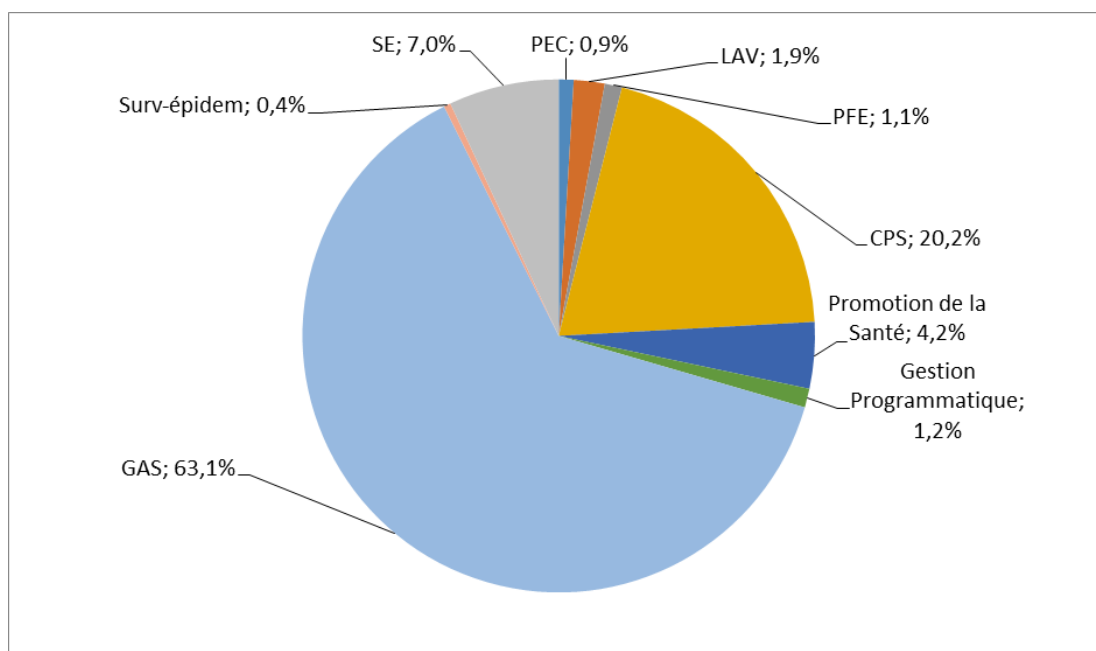


Figure xx : Proportion des montants/budgets en FCFA par domaine

5.2.2 Plan de mobilisation des ressources

Le PNLP va combiner ses efforts de prévention et de traitement dans le cadre de la lutte contre le paludisme, d'une part la mobilisation systématique de ressources financières et d'autre part, un plaidoyer constant envers les institutions nationales et internationales afin de consolider le soutien à la lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

Les efforts de plaidoyer viseront à établir et favoriser un environnement propice à la bonne exécution des stratégies de lutte contre le paludisme, notamment à travers la mobilisation de ressources financières durables et d'un soutien fort au plus haut niveau des instances gouvernementales.

A long-terme, l'objectif sera de garantir un appui durable à la réalisation des objectifs du PNLP en générant des données justifiant la mise en place de politiques nationales éclairées et assurant la mobilisation de ressources financières dédiées à l'élimination du paludisme.

La stratégie de plaidoyer développée prendra en compte les intervenants majeurs dans la lutte contre le paludisme et se construira autour des cibles identifiées comme essentielles à la réalisation des objectifs du PNLP.

Les activités de plaidoyer viseront à encourager un processus décisionnel informé quant à la mise en place de politiques nationales. Elles faciliteront la création d'un environnement favorable à la mise à échelle des interventions de lutte contre le paludisme. En ce qui concerne le plaidoyer envers le secteur public, la stratégie se concentrera sur l'élaboration ou l'ajustement de politiques et lois essentielles à la bonne mise en œuvre des stratégies du PNLP.

Un soutien fort et continu au niveau du Ministère en charge de la Santé sera nécessaire pour la réalisation des objectifs. En outre, le travail de plaidoyer devra également inclure la hausse de la demande de financement pour les interventions à haut impact de lutte contre le paludisme, ce qui aidera à renforcer la transparence des programmes exécutés. Le PNLP fera appel à ceux-ci pour renforcer la volonté collective, mobiliser et sensibiliser les populations cibles. Le secteur privé sera considéré comme un partenaire essentiel dans le développement d'une base solide qui assurera les efforts futurs.

La stratégie de plaidoyer sera accompagnée d'une matrice de financement permettant de fixer les engagements de l'Etat et ceux des partenaires. La mobilisation des fonds se fera sur la base d'une programmation annuelle et des extraits sous forme de requêtes trimestrielles qui préciseront les activités à mener et les besoins de financement correspondants. Les décaissements se feront toujours sur cette base en fonction des résultats atteints ainsi que des justifications comptables. Le système de contrôle et d'audits interne et externe du cadre stratégique sera renforcé pour garantir la transparence et la confiance mutuelle.

Cartographie des donateurs et stratégie de mobilisation des ressources

Tableau xx: Résumé du budget par partenaire

Étiquettes de lignes	2018	2019	2020	2021	2022	Total	%
Etat	2 452 425 150	2 452 425 150	2 452 425 150	2 452 425 150	2 452 425 150	12 262 125 750	6,39
OMS	75 000 000	75 000 000	75 000 000	75 000 000	75 000 000	375 000 000	0,20
USAID/PMI	11 412 500 000	10 991 100 500	11 000 000 000	11 000 000 000	11 000 000 000	55 403 600 500	28,87
FM	18 642 666 088	-	-	-	-	18 642 666 088	9,71

Autres partenaires (UNICEF, Save The Children, PGIREII, BM etc)	1 814 259 600	1 879 572 600	-	-	-	3 693 832 200	1,92
Total disponible	34 396 850 838	15 398 098 250	13 527 425 150	13 527 425 150	13 527 425 150	90 377 224 538	47,09
Total général PSN	41 303 246 030	32 362 054 384	38 944 328 637	45 014 021 701	34 291 465 147	191 915 115 899	100,0 0
Montant à chercher	6 906 395 192	16 963 956 134	25 416 903 487	31 486 596 551	20 764 039 997	101 537 891 361	52,91

Analyse des écarts budgétaires du PSN 2018-2022

Tableau xx: Résumé de l'analyse des écarts budgétaires

Sources financements	2018	2019	2020	2021	2022	Total
A. Budget total du Plan stratégique national	41 303 246 030	32 362 054 384	38 944 328 637	45 014 021 701	34 291 465 147	191 915 115 899
B. Ressources nationales actuelles et futures	2 452 425 150	2 452 425 150	2 452 425 150	2 452 425 150	2 452 425 150	12 262 125 750
C. Ressources extérieures actuelles et futures	31 944 425 688	12 945 673 100	11 075 000 000	11 075 000 000	11 075 000 000	78 115 098 788
D. Ressources totales actuelles et futures (B+C)	34 396 850 838	15 398 098 250	13 527 425 150	13 527 425 150	13 527 425 150	90 377 224 538
E. Ecart financier (A-D)	6 906 395 192	16 963 956 134	25 416 903 487	31 486 596 551	20 764 039 997	101 537 891 361

Le budget total du plan stratégique 2018 - 2022 s'élève à 191 915 115 899 F CFA dont les ressources nationales actuelles et futures représentent 12 262 125 750 F CFA soit 6,39%. La plus forte contribution reste les ressources extérieures actuelles et futures pour un montant de 78 115 098 788 F CFA soit 40,70% et un GAP de 101 537 891 361 soit 52,90%.

Les plus fortes contributions viennent de l'USAID/PMI pour 55 403 600 500 F CFA soit 28,87% et le Fonds Mondial pour 18 642 666 088 F CFA soit 9,71%. Les deux partenaires totalisent 38,58% du financement total du plan stratégique 2018 - 2022. Les ressources sont programmées à hauteur de 61,52% dans l'achat de médicaments, réactifs et consommables médicaux et à la gestion des achats et stocks, la chimio-prévention du paludisme saisonnier avec 19,64% et le suivi évaluation avec 6,82 %.

VI. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

Le plan de S&E 2018-2022 permettra de suivre l'évolution des indicateurs retenus dans le cadre de performance et servira de document de référence.

5.1. Cadre de performance

Le suivi de la performance du PSN 2018-2022 se fera à travers un processus continu de collecte et d'analyse des données qui permettra de s'assurer des progrès réalisés tout au long de la mise en œuvre des interventions.

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

Cette matrice prend en compte les indicateurs d'impact, d'effet (résultats), de produits et de processus, tels que décrits dans le plan de suivi-évaluation 2018-2022.

Tableau xx : Cadre de performance du PSN 2018-2022

Item	N°	Indicateurs	Données de base			Cibles PSN					Source Données
			Valeur de base	Année de base	Source	2018	2019	2020	2021	2022	
But	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé générale de la population en réduisant de façon significative le fardeau du paludisme.										
		Indicateurs d'Impact									
	1	Incidence du paludisme	111‰	2017	DHIS2	101‰	91‰	81‰	71‰	67‰	DHIS2
	3	Taux de mortalité imputable au paludisme	0,055‰	2017	DHIS2	0,053‰	0,050‰	0,048‰	0,045‰	0,043‰	DHIS2
	4	Prevalence parasitaire du paludisme	36%	2015	EIP	26,0%			20,0%	18,0%	EDS2018 et EIP2021

	5	Taux de positivité des tests de diagnostic du paludisme (Microscopie ou TDR)	66,5%	2017	DHIS2	63,5%	60,5%	57,5%	54,5%	51,5%	DHIS2
	6	Létalité hospitalière attribuable au paludisme	1,54‰	2017	DHIS2	1,39‰	1,24‰	1,09‰	0,94‰	0,79‰	DHIS2
	7	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois	20%	2015	EIP	18,0%				12,0%	EDS 2018 et EIP 2021 (chiffres à confirmer avec la DN)
Indicateurs de résultats ou effets (Couvertures)											
Objectif 1	Réduire le taux de mortalité du paludisme d'au moins 50% par rapport à 2015										

Prise en charge du paludisme (Diagnostic et Traitement)											
	8	Proportion des cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (TDR ou microscopie) au niveau des formations sanitaires	94,0%	2017	DHIS2	95,5%	97,0%	97,5%	98,5%	100,0%	DHIS2
	9	Proportion des cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (TDR) dans la communauté (ASC)	97,1%	2017	RA PNLP	98,0%	99,0%	99,0%	99,0%	100,0%	DHIS2
	10	Pourcentage des cas de paludisme simples vus dans les formations sanitaires ayant bénéficié d'un traitement approprié conformément aux directives nationales	93,2%	2017	RA PNLP	95,0%	96,5%	97,5%	98,5%	100,0%	DHIS2
	11	Proportion de patients avec paludisme simple ayant reçu un traitement approprié au niveau des ASC selon les directives nationales	97,0%	2017	RA PNLP	98,0%	99,0%	100,0%	100,0%	100,0%	DHIS2
Objec tif 2	Réduire l'incidence du paludisme d'au moins 50% par rapport à 2015										
	A. LUTTE ANTIVECTORIELLE										
	Disponibilité et utilisation des MILDA										

	12	Proportion de ménages avec au moins une MILD pour chaque 2 personnes	39%	2015	EIP	60%			80%		EDS 2018 et EIP 2021
	13	Proportion de personnes à risque de paludisme, tous âges confondus, ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	68%	2015	EIP	74%			80%		EDS 2018 et EIP 2021
	14	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	71%	2015	EIP	79%			87%		EDS 2018 et EIP 2021
	15	Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	78,0%	2015	EIP	86%			94%		EDS 2018 et EIP 2021
Pulvérisation PID											
	16	Proportion de la population à risque des zones ciblées ayant été protégée par des pulvérisations intradomiciliaires à effet	91,0%	2017	RA PNL P	92%	93%	94%	95%	95%	RA PNL P

		rémanent au cours des 12 derniers mois									
B. TPI chez la Femme enceinte											
17		Proportion des femmes enceintes qui ont reçu au moins 3 doses de TPI au cours de soins prénataux durant leur dernière grossesse	21,0%	2015	EIP	35%				50%	EDS 2018 et EIP 2021
18		Proportion des femmes enceintes qui ont reçu au moins 3 doses de TPI en routine lors des CPN	27,2%	2017	SLIS	36%	49%	62%	70%	80%	SLIS
C. CPS chez les enfants de 3 à 59 mois											
19		Proportion d'enfants de 3 à 59 mois ayant bénéficié de 4 doses SP/AQ dans la zone concernée	44%	2015	Enquête MRTC	60%	65%	70%	75%	80%	Enquête spécifique EDS 2018 et EIP 2021
D. CCC											
20		Pourcentage de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent la cause, les symptômes, les mesures de prévention et traitement du paludisme	28,0%	2015	EIP	38%				48%	EDS 2018 et EIP 2021

5.2. Système de gestion des données

5.2.1. Utilisation des données de routine

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

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

5.2.2. Evaluation de l'impact

Les évaluations de l'impact des interventions de lutte se feront tout au long de la mise en œuvre du PSN et à la fin de l'année 2022. Les principales enquêtes nationales d'évaluation sont l'EIPM, le MICS, l'EDSM et les enquêtes dans les FS.

5.3. Mécanismes de coordination du S&E

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

Une base de données intégrant tous les indicateurs de lutte contre le paludisme au niveau du PNLN sera réactualisée en collaboration avec les différentes parties impliquées dans la gestion des informations sur le paludisme. Cette base de données sera intégrée dans la plate forme nationale DHIS2.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Politique Nationale de Lutte contre le paludisme 2012, PLNP 2012
2. Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-V, 2012- 2013), INSTAT et CPS de la Santé, du Développement Social et de la Promotion de la Femme ;
3. Rapport de supervision 2015 du PNLP
4. Enquête sur les indicateurs du paludisme(MIS) en 2015, INSTAT et PNLP ;
5. Rapport MICS 2015 DNS et PNLP ;
6. Rapport SLIS 2013, 2014 et 2015, DNS ;
7. Rapport de la Revue de Performance du Programme pour la période 2013-2017, OMS et PNLP ;
8. Note conceptuelle FM paludisme 2016-2018, Fonds Mondial et PNLP.
9. PSN revue 2016-2018

ANNEXES

1. Organigramme du PNLP
2. Analyse des écarts financiers du Programme
3. Plan de mise en œuvre
4. Plan de suivi et évaluation
5. Besoins en intrants de lutte antipaludique
6. Détails du budget du Plan stratégique 2018-2022

Plan de mise en œuvre

1. Prise en charge correcte des cas de paludisme

N°	ACTIVITES	Chronogramme			Responsable	PARTENAIRES POTENTIELS
		2018	2019	2020		
	Prise en charge dans les formations sanitaires					
1	Acquérir 8 505 771 Traitements CTA pour les structures de santé à tous les niveaux	x	x	x	PNLP	FM, PMI
2	Assurer la disponibilité des CTA au niveau des services de prestations	x	x	x	PNLP	PPM
3	Acquérir 732 527 kits pour la prise en charge des cas de paludisme grave chez les enfants < 5 ans (Artésunate injectable ou quinine injectable, glucosé 10%, perfuseur, cathéter, seringue, antipyrétiques, diazépam)	x	x	x	PNLP	ETAT, PMI
4	Assurer la disponibilité des Kits au niveau des services de prestations pour la prise en charge des cas de paludisme grave chez les enfants < 5 ans	x	x	x	PNLP	PPM
5	Acquérir 516 853 kits pour la prise en charge des cas de paludisme grave chez la femme enceinte (Artésunate injectable ou quinine injectable, quinine comprimé 300 mg glucosé 10%, perfuseur, cathéter, seringue, antipyrétiques, diazépam)	x	x	x	PNLP	ETAT, PMI
6	Assurer la disponibilité des Kits de paludisme grave chez la femme enceinte au niveau des services de prestations	x	x	x	PNLP	PPM
7	Acquérir 3370 kits essentiels de consultation (tensiomètre, thermomètre, stéthoscope, otoscope, lampe torche, balance, abaisses langue)		x		PNLP	ETAT, PMI
8	Assurer la disponibilité des Kits essentiels de consultation au niveau des services de prestations		x		PNLP	ETAT
9	Acquérir les 11 818 418 Tests de Diagnostic Rapide (TDR) pour les structures de santé	x	x	x	PNLP	ETAT, FM, PMI
10	Assurer la disponibilité des TDR au niveau des services de prestations	x	x	x	PNLP	PPM
11	Acquérir 71 microscopes optiques		x		PNLP	ETAT, PMI

N°	ACTIVITES	Chronogramme			Responsable	PARTENAIRES POTENTIELS
		2018	2019	2020		
	Prise en charge dans les formations sanitaires					
12	Assurer la disponibilité des microscopes au niveau des services de prestations		x		PNLP	ETAT
13	Acquérir 1905 kits produits consommables pour la réalisation de GE/Frottis à 200 structures publiques, parapubliques (Lames, colorants, huile)	x	x	x	PNLP	ETAT, FM, PMI

	à immersion, vaccinstyles, tampon d'alcool)					
14	Assurer la disponibilité des Kits au niveau des services de prestations pour la réalisation des GE/FM	x	x	x	PNLP	PPM
15	Organiser un atelier de mis à niveau du pool de 40 formateurs centraux sur le diagnostic du paludisme (microscopie, TDR)	x	x		PNLP	ETAT, FM PMI
16	Reproduire 1685 exemplaires du manuel technique sur le diagnostic biologique du paludisme (y compris les planches en couleur)	x			PNLP	ETAT, FM, PMI
17	Réviser les guides et manuels de formation sur la PEC des cas de paludisme (2 ateliers de 5 jours pour 15 pers)	X			PNLP	ETAT, OMS, FM PMI
18	Reproduire 304 guides et 2371 manuels de formation sur la PEC des cas de paludisme	X			PNLP	ETAT, OMS, FM PMI
19	Reproduire 3000 algorithmes sur la PEC du paludisme (soumet plastifié)	X			PNLP	ETAT, OMS, FM PMI
20	Organiser un atelier de mise à niveau du pool de 39 formateurs centraux sur la PEC des cas de paludisme	x			PNLP	ETAT, OMS, FMPMI
21	Organiser 9 sessions de formation/mise à niveau de 275 formateurs régionaux sur les nouvelles directives thérapeutiques du paludisme (9 sessions de 5 jours)	x	x		PNLP	ETAT, OMS, FM, PMI
22	Organiser un atelier national de révision du manuel technique de formation sur le diagnostic biologique du paludisme	X			PNLP	ETAT, FM, PMI
23	Organiser un atelier de 5 jours de formation/mis à niveau des 15 formateurs centraux sur les soins essentiels (planification, PEC et IEC)	x			PNLP	FM ETAT, PMI
24	Organiser un atelier de 5 jours de formation/mis à niveau des 39 formateurs régionaux en 2 sessions sur les soins essentiels (planification, PEC et IEC)	x			PNLP	FM
25	Organiser un atelier de 5 jours de formation/mis à niveau des 190 formateurs districts sur les soins essentiels (planification, PEC et IEC)	x			PNLP	FM
26	Organiser des ateliers de formation/mise à niveau pour 357 personnels de laboratoire du secteur public et privé au diagnostic biologique du paludisme en 18 sessions	x	x	x	PNLP	ETAT, PMI
27	Assurer la supervision formative du personnel de laboratoire (233 structures par an)	x	x	x	PNLP	FM ; PMI

N°	ACTIVITES	Chronogramme			Responsable	PARTENAIRES POTENTIELS
		2018	2019	2020		

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

niveau d'un pool de 30 formateurs centraux /régionaux sur la PECADOM (atelier national de 3 jours)						, FM, USAID
--	--	--	--	--	--	-------------

N°	ACTIVITES	Chronogramme			Responsable	PARTENAIRES POTENTIELS
		2018	2019	2020		
46	Appuyer la formation de 222 formateurs des Districts sanitaires sur la prise en charge au niveau communautaire		x		DNS	ETAT, UNICEF, FM, USAID
47	Appuyer la formation de 1100 DTC des CSCOM sur la prise en charge à domicile (37 sessions au niveau district)		x	x	DNS	ETAT, UNICEF, FM, USAID
48	Appuyer la formation de 2242 ASC sur la prise en charge des cas simple et la référence précoce des cas grave de paludisme	x	x		DNS	ETAT, UNICEF, FM, USAID
49	Appuyer la mise à niveau de 1 440 ASC sur la prise en charge des cas simple et la référence précoce des cas grave de paludisme			x	DNS	ETAT, UNICEF, FM, USAID
50	Organiser une journée d'information à l'intention de 5000 tradithérapeutes sur la reconnaissance des symptômes du paludisme et la référence précoce des cas graves (200 sessions d'1 jour)		x	x	PNLP	FM, OMS
51	Produire 5000 fiches plastifiées sur des images de cas grave de paludisme		x	x	PNLP	FM, OMS
52	Produire 3 600 fiches plastifiées sur le traitement par CTA au sein de la communauté par les ASC	x			PNLP	ETAT, UNICEF, FM, USAID
53	Doter les ASC en 2242 armoires pour le matériel et la trousse ASC (gilets de reconnaissance, torche, bottes, imperméable, sacs plastique/ tissu)	x				ETAT, UNICEF, FM, USAID
54	Assurer le transport de 2242 armoires équipées jusqu'au niveau district	x				ETAT, UNICEF, FM, USAID
55	Appuyer tous les ans 2 supervisions de 3 580 ASC par les responsables des CSCOM	x	x	x		ETAT, UNICEF, FM, USAID
56	Appuyer tous les ans l'organisation de 2 réunions semestrielles régionales de partage et d'échanges sur la performance des activités des ASC (ECD, ECR, ONG, représentant des ASC)	x	x	x		ETAT, UNICEF, FM, USAID
57	Appuyer la prise en charge des frais des activités de suivi à domicile par les ASC (VAD pour le suivi des cas de paludisme, IEC, utilisation des MILD et TPI, Actualisation des données démographiques) 20 000 FCFA/ASC/mois	x	x	x		ETAT, UNICEF, FM, USAID
58	Former tous les ans en 2 jours, 1000 enseignants du fondamental sur les moyens de prévention du paludisme(40 sessions de 25 enseignants)	x	x	x		ETAT, UNICEF, FM, USAID
59	Former/recycler 1100 agents des ONG partenaires sur la planification, la PEC et la gestion des activités IEC	x		x		ETAT, UNICEF, FM, USAID

2.Prévention du Paludisme chez la femme enceinte

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME			Responsable
		2018	2019	2020	

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

3.Lutte contre les vecteurs du paludisme

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME			RESPONSABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2018	2019	2020		

01	Organiser un atelier d'élaboration de la stratégie nationale de lutte antivectorielle contre le paludisme (29 pers pendant 10 jours)	x			PNLP	USAID/PMI, OMS
02	Organiser un atelier national de validation du document de la stratégie de LAV (40 pers pendant 2 jrs)		x		PNLP	USAID/PMI, OMS,
03	Reproduire et diffuser à tous les niveaux 2000 exemplaires de la stratégie nationale de LAV		x		PNLP	USAID/PMI, OMS
04	Acquérir 3 594 295 MILD pour la distribution lors du PEV de routine chez les enfants < 1an des zones à risque de paludisme	x	x	x	PNLP	FM, USAID/PMI, Etat
05	Assurer la disponibilité des MILD dans les formations sanitaires pour la routine	x	x	x	PNLP	PPM
06	Acquérir 9 971 676 MILD pour les campagnes de distribution aux populations des zones à risque de paludisme (couverture universelle)			x	PNLP	FM, USAID/PMI, UNICEF, Etat
07	Assurer le stockage et les coûts opérationnels de la campagne MILD au niveau communautaire			x	PNLP	FM, USAID/PMI, UNICEF, Etat
08	Acquérir des équipements et des fournitures pour la PID dans 3 districts par an	x	x	x	PNLP	Etat, OOAS, World Vision
09	Acquérir l'insecticide pour la PID	x	x	x	PNLP	Etat, OOAS, W. Vision
10	Organiser tous les ans 3 réunions techniques du	x	x	x	PNLP	Etat, OOAS, USAID/PMI

	Comité de Pilotage National de la PID (20 personnes)					
11	Organiser l'opérationnalisation et la pulvérisation et frais administratifs (y compris inspection environnementale et suivi entomologique)	x	x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS, World, Vision
12	Assurer la formation et la supervision des agents impliqués	x	x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS, World, Vision
13	Organiser la mobilisation communautaire pour la PID	x	x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS, World, Vision

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME			RESPONSABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2018	2019	2020		
14	Suivi et reporting	x	x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS, World, Vision
15	Gestion des déchets PID (collecte, entreposage, incinération)	x	x	x	PNLP	Etat, USAID/PMI
16	Réaliser un audit environnemental externe		x		PNLP	Etat, USAID/PMI
17	Identifier et cartographier les gîtes larvaires productifs		x		PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS, MRTC
18	Faire une étude de base sur les aspects entomologiques, parasitologiques et environnementaux pour la lutte anti larvaire		x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS, MRTC
19	Acquérir 20 kits de traitement des gîtes larvaires pour les districts sanitaires ciblés		x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS

20	Acquérir tous les ans 800 kg d'insecticides larvicides pour le traitement ciblé de gîtes larvaires	x	x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS
21	Organiser chaque année la campagne de traitement ciblé des gîtes larvaires		x	x	PNLP	ETAT, USAID/PMI, OOAS
22	Appuyer tous les ans des campagnes d'assainissement dans les zones urbaines (Destruction des gîtes)		x	x	PNLP	ETAT, Collectivités

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

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME			Responsable	Partenaires Potentiels
		2018	2019	2020		
01	Faire une analyse de situation des cas notifiés de paludisme sur 5 ans pour déterminer le seuil épidémiologique par district sanitaire	x			PNLP	Etat, MRTC, USAID/PMI
02	Elaborer le plan national de lutte contre les épidémies de paludisme		x		PNLP	OMS, Etat, USAID/PMI, PSI
03	Organiser l'atelier de validation du plan national de lutte contre les épidémies de paludisme		x		PNLP	OMS, Etat, USAID/PMI, PSI
04	Organiser un atelier de formation pour le pool de formateurs centraux sur la prévention et la lutte contre les épidémies de paludisme		x		PNLP	OMS, Etat, USAID/PMI, PSI
05	Reproduire en 180 exemplaires le plan national de lutte contre les épidémies le paludisme		x		PNLP	OMS, Etat, USAID/PMI, PSI
06	Organiser 9 ateliers de dissémination du Plan national de lutte contre les épidémies de paludisme au niveau régional		x		PNLP	OMS, OOAS, Etat, USAID/PMI
07	Elaborer un guide technique sur la lutte contre les épidémies de paludisme		x		PNLP	OMS, Etat, USAID/PMI, PSI
08	Reproduire le guide technique sur la lutte contre les épidémies de paludisme		x		PNLP	OMS, Etat, USAID/PMI, PSI
09	Appuyer tous les ans la mise à niveau des relais communautaires des districts à risque épidémique de paludisme sur le système de surveillance épidémiologique		x	x	DNS	OMS, Etat, UNICEF, USAID/PMI, PSI, FM
10	Appuyer tous les ans les districts à risque épidémique dans la collecte et l'analyse des données de surveillance hebdomadaire	x	x	x	DNS	Etat, OMS USAID/PMI, UNICEF
11	Former 510 agents dans les 17 districts à risque		x		PNLP	Etat, FM, OMS

	d'épidémie sur la détection et la riposte aux épidémies en 18 sessions					
12	Organiser tous les ans une revue de bilan et de planification dans les 17 districts à risque d'épidémie de paludisme à la veille de la saison des pluies avec l'appui du niveau national et régional	x	x	x	PNLP	Etat, OMS, UNICEF
13	Appuyer tous les ans les investigations des épidémies de paludisme	x	x	x	PNLP	Etat, OMS, UNICEF
14	Prépositionner tous les ans des antipaludiques pour les épidémies de paludisme	x	x	x	PNLP	Etat, OMS
15	Organiser des rencontres périodiques transfrontalières sur la lutte contre le paludisme	x	x	x	PNLP	Etat, OOAS, OMS, UNICEF, OMVS

5.COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE SUR LE PALUDISME

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME			Responsable	Partenaires Potentiels
		2018	2019	2020		
01	Organiser un atelier d'élaboration du plan stratégique de communication sur le paludisme 2013-2017	x			PNLP	OMS, UNICEF, USAID/PMI
02	Organiser un atelier de validation du plan stratégique de communication sur le paludisme 2013-2017	x			PNLP	OMS, UNICEF, USAID/PMI
03	Reproduire 1000 exemplaires du plan stratégique de communication sur le paludisme 2013-2017	x			PNLP	Etat, OMS, UNICEF, USAID/PMI
04	Organiser 9 ateliers de dissémination du plan stratégique de communication 2013-2017 dans les 8 régions et le District de Bamako		x		PNLP	Etat, OMS, UNICEF, USAID/PMI
05	Appuyer le fonctionnement du groupe de travail multidisciplinaire de communication sur le paludisme.	x	x	x	PNLP	UNICEF, USAID/PMI
06	Commémorer tous les ans la journée mondiale du paludisme	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID/PMI, OMS, UNICEF, Secteur privé
07	Appuyer tous les ans les activités des festivités événementielles nationales (Mois de la solidarité, Maternité à moindre risque, Journée de la population, Journées des associations et des ordres socioprofessionnels...)	x	x	x	PNLP	Etat, UNICEF, Secteur privé
08	Concevoir tous les ans 62 grands panneaux sur la prévention du paludisme (MILD, TPI, PEC, CPN)	x	x	x	PNLP	Etat, FM, PSI/Mali
09	Acquérir 70 Kits multimédias pour les activités de sensibilisation au niveau communautaire (Téléviseur, lecteur DVD/VCD, caméscope, dictaphone, mégaphone)	x	x	x	PNLP	Etat, FM, secteur privé
10	Acquérir 25 appareils photos numériques pour la couverture des activités du niveau central et régional	x	x		PNLP	Etat
11	Organiser tous les ans des sessions de plaidoyer auprès de 1000 leaders religieux sur la prévention du paludisme dans les 8 régions	x	x	x	PNLP	USAID/PMI, Etat, FM

	et le District de Bamako					
12	Produire 13200 boîtes à images pour les relais communautaires		x	x	PNLP	Etat, FM, USAID/PMI, UNICEF, OMS

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME			Responsable	Partenaires Potentiels
		2018	2019	2020		
13	Produire 6 spots audio et vidéo sur le paludisme (Recruter un cabinet expert, conception des spots)		x		PNLP	FM
14	Produire tous les ans 2000 supports de communication sur le paludisme (dépliants, dossiers de presse, affiches...)	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID/PMI, UNICEF
15	Former/Mettre à niveau 444 animateurs des radios de proximité sur la lutte contre le paludisme sur tout le territoire national (2 jours, 16 sessions de 28 personnes)	x	x		PNLP	Etat, FM, USAID/PMI, UNICEF
16	Diffuser tous les ans les 1550 spots TV sur le paludisme (PEC, PECADOM, TPI, MILD) en 5 langues nationales	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID/PMI, UNICEF
17	Diffuser tous les ans 87840 spots sur le paludisme au niveau de 122 radios (PEC, PECADOM, TPI, MILD) en 5 langues nationales	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID/PMI, UNICEF
18	Assurer le suivi de la diffusion des spots dans les grilles des programmes des radios communautaires	x	x	x	PNLP	FM
19	Organiser une fois par an une journée d'information dans 100 entreprises du secteur privé, dans 20 garnisons et dans 62 établissements scolaires sur la lutte contre le paludisme (182 journées d'information/an)	x	x	x	PNLP	Etat, Coalition du secteur privé
20	Produire tous les ans à l'occasion de la célébration de la Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme 1 brochure spéciale en couleur en 2000 exemplaires	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID/PMI, OMS, UNICEF, Secteur privé
21	Appuyer tous les ans 2 artistes pour la mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le paludisme	x	x	x	PNLP	Etat, UNICEF, secteur privé
22	Organiser une journée d'information avec la presse tous les semestres sur le partage des résultats de la lutte contre le paludisme (50 journalistes)	x	x	x	PNLP	USAID/PMI, PSI/Mali

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME			Responsable	Partenaires Potentiels
		2018	2019	2020		
23	Participer à 10 séminaires internationaux de renforcement de capacités en communication sur la lutte contre le paludisme (2 par an)	X	X	X	PNLP	Etat, FM, USAID/PMI, OMS, UNICEF, Plan Mali
24	Appuyer tous les ans l'organisation de 2 caravanes de mobilisation sociale sur le paludisme pendant la période de forte transmission	x	x	x	CNIECS	Secteur privé, Etat, UNICEF, USAID/PMI, Plan Mali
25	Evaluer tous les ans l'impact des campagnes de mobilisation sociale sur le paludisme	x	x	x	PNLP	UNICEF, USAID/PMI, Plan Mali
26	Créer et soutenir des comités de veille sur le paludisme au niveau communal (1 comité par commune)	x	x	x	PNLP	UNICEF, USAID/PMI, Plan Mali
27	Apporter tous les ans un appui financier sur base contractuelle aux ONG/Associations intervenant dans la lutte contre le paludisme au niveau des 703 communes	x	x	x	PNLP	Etat, USAID/PMI, FM
28	Produire un bulletin trimestriel pour le PNLP	x	x	x	PNLP	Etat, UNICEF, Secteur privé
29	Assurer la communication et l'information par l'entremise des médias électroniques et sociaux (site web, facebook, twitter, linkdn)	x	x	x	PNLP	Etat, USAID/PMI

6. Suivi évaluation et recherche opérationnelle

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME			RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2018	2019	2020		
01	Assistance technique en suivi- évaluation (1 personne pour la durée du plan)	x	x	x	PNLP	FM, OMS, USAID/PMI
02	Assurer la participation de 10 personnes de la direction du PNLP au cours international de suivi évaluation des programmes de lutte contre le paludisme à	x	x	x	PNLP	USAID/PMI

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME			RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2018	2019	2020		
	Ouagadougou (cours international de 15 jours)					
03	Organiser 8 sessions de cours nationaux de suivi-évaluation pour 160 agents des niveaux central, régional et district (session de 20 personnes en 10 jours)	x	x	x	PNLP	FM
04	Faire la mise à niveau de 20 agents du niveau central sur la gestion des données du paludisme y compris la base de données paludisme (DHIS 2 en une session de 5 jours)		x		PNLP	USAID/PMI
05	Faire la mise à niveau de 22 agents chargés du SLIS et points focaux des DRS et 11 agents des hôpitaux sur la gestion des données du paludisme (DHIS 2 en 2 sessions de 5 jours)		x		PNLP	USAID/PMI, FM
06	Faire la mise à niveau 148 agents chargés SLIS et points focaux au niveau des district ; sur la gestion des données du paludisme (DHIS 2 en 6 sessions de 5 jours)	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID/PMI
07	Former 900 prestataires des régions et districts sanitaires sur la notification des effets indésirables des médicaments en 30 sessions (30 sessions de 30 pers pdt 3 jours)	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID/PMI
08	Former/mettre à niveau 52 agents des 13 sites de surveillance sentinelle	x	x		PNLP	Etat, FM, USAID/PMI

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME			RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2018	2019	2020		
	pris comme référence pour la qualité des données sur le Paludisme (2 sessions de 3 jours)					
09	Appuyer la supervision nationale des acteurs impliqués dans la gestion des médicaments et intrant antipaludique (SDAME) 2 supervisions/an	X	X	X	CNAM	Etat, USAID/PMI, OMS
10	Former 222 chargés SLIS et points focaux paludisme des 74 districts sanitaires en audit de la qualité des données du paludisme (9 sessions de formation de 24 personnes et 2 formateurs par session, 2 jours de formation et 2 jours de voyage)	X	X	X	PNLP	Etat, OMS, USAID/PMI
11	Appuyer le suivi trimestriel des 2 717 ASC sur la PEC du paludisme (2 cadres du niveau central, 1cadre/DRS et 1 cadre/district pendant 5 jours)	X	X	X	PNLP	Etat, OMS, USAID/PMI, OOAS
12	Assurer semestriellement le suivi post-formation (tour du pays) des prestataires de soins au niveau de 74 districts par le niveau régional avec l'appui du niveau national (un clinicien et un Laborantin /région/district et du niveau central pendant 10 jours)	X	X	X	PNLP	Etat, OOAS, USAID/PMI

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME			RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2018	2019	2020		
13	Renforcer les capacités de leadership de l'équipe suivi-évaluation du PNLP à travers la participation de 2 agents à des ateliers internationaux par an	x	x	x	PNLP	Etat, USAID/PMI, OOAS
14	Acquérir 20 ordinateurs de bureau, et accessoires dans le cadre de la gestion des données	x			DPM	Etat, USAID/PMI, OMS, UNICEF
15	Acquérir 20 imprimantes multifonctions dans le cadre de la gestion des données sur le paludisme	x			DPM	Etat, USAID/PMI, OMS, UNICEF
16	Acquérir 4883 smartphones pour la remontée des données hebdomadaires des ASC	x	x	x	PNLP	FM, Etat,
17	Acquérir 100 paquets antivirus pour 3 PC	x	x	x	PNLP	FM, Etat,
18	Acquérir 100 clés USB de 8 GB dans le cadre de gestion des données	x	x	x	PNLP	FM, Etat,
19	Acquérir 100 clés 3G+ à intégrer à l'intranet de la santé dans le cadre de la remontée des données	x	x	x	PNLP	Etat , USAID,
20	Acquérir 100 disques durs externes de 500 GB dans le cadre de la gestion des données	x	x	x	PNLP	Etat
21	Acquérir 150 ordinateurs pour le transfert électronique des données	x	x	x	PNLP	Etat
22	Acquérir 1 serveur pour le stockage des données sur le paludisme		x		PNLP ANTIM	Etat
23	Acquérir tous les ans des réactifs, des insecticides, des supports et petits matériels pour les 13 sites de surveillance sentinelle				PNLP	Etat

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME			RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2018	2019	2020		
24	Appuyer les frais de communication téléphoniques de la division suivi évaluation du PNLP	x	x	x	PNLP	Etat
25	Acquérir 20 ordinateurs de bureau, et accessoires dans le cadre de la gestion des données	x			PNLP	Etat, USAID PMI
26	Acquérir 100 clés USB de 8 GB dans le cadre de gestion des données	x	x	x	PNLP	Etat, USAID PMI
27	Appuyer la multiplication et la diffusion des outils de rapportage mensuel (RMA)	x	x	x	PNLP	Etat, USAID PMI
28	Organiser un atelier d'élaboration des directives écrites sur la transmission des données et du guide des indicateurs du paludisme (une session de 5 jours de 20 personnes)	x			PNLP	Etat, FM
29	Multiplier et diffuser les directives écrites (3000) sur la transmission des données et le guide des indicateurs (3000) du paludisme pour les différents niveaux du système de santé (forfait)	x			PNLP	Etat, FM
30	Acquérir 3 600 cahiers (registres) pour les activités des ASC		x		CNAM	Etat, USAID PMI
31	Appuyer la production de 50000 fiches de stocks pour la gestion des intrants de lutte contre le paludisme	x	x	x	DNS	Etat, FM, USAID, UNICEF
32	Appuyer tous les ans la reproduction de 1500 registres de compte	x	x	x	DNS	Etat, FM, USAID, UNICEF

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME			RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2018	2019	2020		
	rendu de gestion de stocks					
33	Appuyer tous les ans la reproduction de 1500 registres de comptage journalier	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID, UNICEF
34	Assurer 1fois par an la multiplication et la distribution de 500 copies du rapport annuel d'activité du programme	x	x	x	DPM	Etat, USAID, UNICEF
35	Elaborer un guide de suivi-évaluation pour le PNL		x		DPM	Etat, USAID, UNICEF
36	Elaborer et multiplier un manuel national de formation en suivi-évaluation		x		PNLP	Etat, FM, USAID PMI
37	Assurer tous les ans 2 supervisions des activités du paludisme du niveau central vers le niveau régional	x	x	x	PNLP	Etat, USAID PMI
38	Appuyer tous les ans 2 supervisions formatives semestrielles des activités de lutte contre le paludisme des équipes districts par les équipes cadres des régions	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID PMI
39	Appuyer tous les ans les supervisions trimestrielles des activités de lutte contre le paludisme des districts vers les CSCom	x	x	x	DNS	Etat, FM, USAID PMI, UNICEF
40	Appuyer 2 monitorages semestriels des activités du PMA par les 1289 CSCom y compris les activités liées au paludisme	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID PMI
41	Réaliser tous les ans 1 test de sensibilité des vecteurs aux insecticides	x	x	x	LNS	Etat, FM, USAID PMI

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME			RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2018	2019	2020		
	dans les 13 sites sentinelles					
42	Appuyer tous les ans 1 contrôle de qualité des MILD	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID PMI
43	Assurer tous les trois mois le suivi des 13 sites de surveillance sentinelles	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID PMI
44	Appuyer tous les ans le suivi de la pharmacovigilance des antipaludiques (CTA, SP) dans les 74 districts sanitaires	x	x	x	LNS	Etat, FM, USAID PMI
45	Appuyer tous les ans dans 85 CSRef/Hôpitaux un contrôle de la qualité du diagnostic biologique du paludisme (TDR, GE/FM) y compris les équipements	x	x	x		
46	Appuyer la supervision des gérants DRC/DV des formations sanitaires	x	x	x	PNLP	Etat, USAID PMI
47	Mettre en place et assurer le suivi de 18 centres d'excellence en suivi-évaluation dans 6 districts sanitaires		x	x	LNS	Etat, FM, USAID PMI
48	Organiser 4 réunions trimestrielles nationales pour le réseau du partenariat Suivi/évaluation PNL	x	x	x	CNAM	Etat, FM, USAID PMI
49	Appuyer 2 réunions semestrielles sur la gestion et la validation des données avec les acteurs au niveau régional (10 régions et le District de Bamako) 45 personnes pour 3jours	x	x	x	INRSP	Etat, FM, USAID PMI

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME			RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2018	2019	2020		
50	Appuyer 4 réunions trimestrielles sur la gestion et la validation des données avec les acteurs au niveau des districts sanitaires (1437 personnes pendant 1 jour)	x	x	x	PNLP	Etat, FM, USAID PMI
51	Appuyer l'organisation des rencontres mensuelles de compilation des données des CSCOM	x	x	x	PNLP	ETAT, FM
52	Organier une fois par semestre l'audit de la qualité des données par le niveau central (2 cadres et un chauffeur pendant 12 jours)	x	x	x	PNLP	ETAT
53	Organier une fois par semestre l'audit de la qualité des données par le niveau régional (2 cadres et un chauffeur pendant 10 jours)	x	x	x	DPM	USAID/PMI
54	Organiser une fois par trimestre l'audit de la qualité des données par le niveau district	x	x	x	PNLP	Etat, OMS, FM, UNICEF, USAID/PMI
55	Appuyer une évaluation de la mise en œuvre de la pharmacovigilance au Mali			x	PNLP	Etat, FM, UNICEF, OMS, USAID/PMI
56	Organiser une étude de pharmacovigilance sur l'utilisation des CTA chez les femmes enceintes au premiers trimestre de la grossesse au niveau des 13 sites sentinelles		x		PNLP	Etat, USAID/PMI
57	Réaliser 2 évaluations rapides de l'impact des interventions de lutte contre le paludisme (Logistique,			x	PNLP	ETAT, FM

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME			RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2018	2019	2020		
	épidémiologique)					
58	Réaliser 1 enquête nationale sur les indicateurs du paludisme (MIS)				DNS	ETAT, USA ID/PMI, FM
59	Réaliser une étude sur la qualité de la PEC du paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire (Soins Essentiels Communautaires Proactifs -Pro-SEC- et survie de l'enfant)	x			DNS	ETAT, USA ID/PMI, FM ONG MUSO
60	Réaliser 1 étude sur l'effet de la supervision formative sur les connaissances attitudes et pratiques des prestataires de soin		x		DNS	ETAT, USA ID/PMI, FM
61	Réaliser 1 étude sur l'apport de la médecine traditionnelle (tradipraticiens) dans la PEC des cas de paludisme au niveau communautaire		x		PNLP	FM
62	Réaliser 1 test d'efficacité des MILD tous les ans	x	x	x	PNLP	ETAT, USA ID/ PMI
63	Organiser 02 études sur l'évaluation de l'efficacité et la recherche des marqueurs de résistance des médicaments antipaludiques sur les souches plasmodiales		x		PNLP	USAID/PMI , OMS
64	Appuyer tous les ans au moins 2 contrôles de qualité des antipaludiques stockés dans les dépôts et les formations sanitaires	x	x	x	PNLP	USAID/PMI , OMS

N°	INTERVENTIONS	CHRONOGRAMME			RESPONSABLE	Partenaires potentiels
		2018	2019	2020		
65	Organiser tous les ans 2 évaluations sur la disponibilité et l'utilisation des intrants à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (EUV= End User Verification)	x	x	x	PNLP	USAID/PMI , OMS
66	Assurer tous les ans 1 étude sur l'efficacité thérapeutique des antipaludiques dans les sites sentinelles	x	x	x	PNLP	USAID/PMI
67	Réaliser une étude sur la sensibilité des parasites de paludisme à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) et l'Amodiaquine pour l'implémentation de la CPS ainsi que du TPI dans les régions du nord du Mali			x	PNLP	Etat, USAID/PMI ,UNICEF, FM
68	Appuyer tous les ans 1 thèse/mémoire d'un étudiant sur le paludisme	x	x	x	PNLP	ETAT, OMS, FM
69	Organiser 01 étude sur les valeurs diagnostiques des TDR			x		
70	Réaliser une revue de performance à mi-parcours du PSN de lutte contre le Paludisme en 2018-2022			x		
71	Réaliser une revue de performance du PSN de lutte contre le paludisme 2018-2022					
72	Réaliser une enquête de couverture de la CPS	x	x			

7. Coordination et Renforcement Institutionnel du programme

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME			RESPONSABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2018	2019	2020		
01	Organiser des réunions trimestrielles du Comité de pilotage du PNLP (réunion de 30 pers pdt 1 jour)	X	X	X	PNLP	ETAT, FM
02	Organiser une réunion semestrielle du Comité d'orientation du PNLP sur la mise en œuvre des activités annuelles de lutte contre le paludisme (réunion de 20 pers pdt 1 jour)	X	X	X	PNLP	ETAT
03	Former 4 personnes du PNLP en gestion des achats et des stocks	X		X	PNLP	ETAT
04	Former tous les ans 2 personnes du PNLP en Anglais	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
05	Former 4 personnes du PNLP en GAR		X		PNLP	ETAT, UNICEF
06	Former 4 personnes du PNLP en prévision et quantification des intrants	X	X		PNLP	USAID/PMI
07	Organiser tous les ans un cours national de paludologie	X	X	X	PNLP	OMS, USAID/PMI
08	Elaborer un cadre de collaboration Ministère de la Santé et secteur privé dans le cadre de la lutte contre le paludisme	X			PNLP	ETAT, UNICEF, USAID/PMI, Coalition secteur privé.
09	Organiser 2 sessions de plaidoyer auprès des chefs d'entreprises et d'institutions du secteur privé pour la lutte contre le paludisme.	X		X	PNLP	USAID/PMI
10	Organiser tous les ans 2 voyages d'échanges d'expériences	X	X	X	PNLP	FM
11	Assistance technique managériale	X			PNLP	FM
12	Assistance technique pour la mise à échelle des IBC	X			PNLP	FM
13	Acquérir 2 camions de 5 tonnes pour le transport des MILD en routine et pendant les campagnes de distribution de masse et pour la PID		X	X	PNLP	ETAT
14	Acquérir 20 ordinateurs de bureau pour le PNLP	X	X		PNLP,	ETAT
15	Acquérir 20 ordinateurs portables pour l'équipe du PNLP	X	X		PNLP,	ETAT
16	Acquérir 2 photocopieuses grand format		X	X	PNLP,	ETAT

N°	ACTIVITES	CHRONOGRAMME			RESPONSABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2018	2019	2020		
17	Acquérir 15 imprimantes multifonctions (imprimante, photocopieuse, scanner)	X	X		PNLP,	ETAT
18	Acquérir 3 vidéos projecteurs pour le PNLN	X	X		PNLP,	ETAT
19	Assurer la participation de 6 personnes en gestion de projets IEC et plaidoyer		X	X	PNLP	ETAT, UNICEF
20	Construction/Réhabilitation et équipement des locaux du PNLN		X		PNLP	ETAT, USAID/PMI
21	Renforcer les capacités de 2 cadres du PNLN en gestion de programme		X		PNLP	ETAT, USAID/PMI
22	Former 6 personnes du Programme sur la recherche sur le système de santé (formation internationale)	X		X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
23	Appuyer la participation du PNLN tous les ans à 5 conférences internationales sur le paludisme	X	X	X	PNLP	ETAT, FM
24	Organiser deux tables rondes nationales pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme (80 pers pdt 1 jour)	X		X	PNLP	ETAT, OMS et UNICEF
25	Organiser chaque 2 an un téléthon pour la mobilisation des ressources		X		PNLP	ETAT, Coalition du secteur privé
26	Appuyer la révision des curricula de formation au niveau de l'INFSS pour prendre en compte le volet paludisme	X			PNLP	ETAT, OMS
27	Développer des programmes en milieu scolaire sur le paludisme	X	X	X	PNLP	ETAT, UNICEF, PLAN MALI, World Vision, USAID
28	Acquérir 10 véhicules 4X4 pour l'appui au suivi des activités périphériques	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID
29	Acquérir 20 motos pour les courses du PNLN (personnels d'appui)		X	X	PNLP	ETAT, USAID, FM
30	Appuyer le fonctionnement du PNLN (Entretien de véhicules, carburant, maintenance de l'outil informatique, frais de communication)	X	X	X	PNLP	ETAT, FM

LISTE DE PRESENCE ATELIER D'ELABORATION PSN

N° d'ord	PRENOMS/NOMS	STRUCTURE	E-mails	CONTACT
1	Dr. Barasson DIARRA	Consultant	barassondiarra750@homail.com	76 46 17 89
2	Dr Tako BALLO	OMS	ballot@who.int	97 91 61 01
3	Dr Sidy DOUMBIA	MRTC/Entom o	sidydombia@icermali.org	79 33 09 44
4	Mory CAMARA	PNLP	camaramory@yahoo.fr	66 79 72 17
5	Mme COULIBALY Joséphine COULIBALY	CNIECS	Jcoulibaly_17@yahoo.fr	76 33 34 95

6	Dr Seydou OUATTARA	DRS/BKO	drouattaraseydou@gmail.com	78 26 40 46
7	Daniel TRAORE	PNLP	danielamitraore@yahoo.fr	76 02 09 54
8	Abdourhamane DICKO	PNLP	dickoabdourhamane59@yahoo.fr	66 78 35 59
9	Moussa FANE	FMOS-USTT- B	fanoussang@gmail.com	76 45 90 64
10	Dr Kaoudo TANGARA	CPS/SS-DSPF	kaoudot@yahoo.fr	76 16 70 55
11	Dr Massiriba KONE	DPM	massiriba@yahoo.fr	76 39 62 17
12	Dr Mahamadou MAGASSA	PNLP	mahamadouhmagassa@yahoo.fr	76 05 17 11
13	Mme COULIBALY Assitan DEMBELE	PNLP	assitandembele2000@yahoo.fr	75 44 44 70
14	Amadou DIARRA	PNLP	amadoudiarra76@yahoo.fr	78 18 03 70
15	Dr Vincent SANOGO	PNLP	sanogovincent@yahoo.fr	65 86 76 53
16	Dr Mariam Sékou KONE	PNLP	konemariam665@yahoo.fr	76 01 11 46
17	Dr Cheick O COULIBALY	DRS/Ségou	clbalyvaro@yahoo.fr	76 11 44 86
18	Dr Yacouba Djiré	PSI	ydjire@psimali.org	76 23 39 50
19	Dr Modibo TRAORE	DRS/Ségou	modibotraore01@yahoo.fr	76 24 99 75
20	Dr COULIBALY Madina KONATE	PNLP	dinacoul70@yahoo.fr	76 23 17 03
21	Demba Anta DIME	Consult/RBM	dionedemba@hotmail.com	221 77 45 02 310
22	Dr KONE Diahara TRAORE	PNLP	dtkone@hotmail.com	76 47 75 60
23	Dr Mbaye Bambi BA	PNLP	mbayebambi@yahoo.fr	76 24 39 65
24	Abdoulahi K. COULIBALY	PSI/Mali	akocoulibaly@psimali.org	74 57 66 77
25	Mamedi GAKOU	DFM	iboulama4@gmail.com	99 68 11 99
26	Dr Seydou FOMBA	Consultant/PN	drfomba@hotmail.fr	66 84 39 62

		LP		
27	Dr Moussa KONARE	MEASURE Evaluation	moussa.konare@icf.com	76 08 77 30
28	Dr Mariam TALL	PLNP	drtallmariam@hotmail.com	66 75 33 87
29	Abdoulaye OULOGUEM	INRSP	ouoloabdoulaye@yahoo.fr	76 11 81 45
30	Modibo DIARRA	MRTC/PARA	modibod@icermali.org	76 32 77 08
31	Djourné DIAKITE	ONG MUSO	ddiakite@musohealth.org	76 05 27 52
32	Dr KAMATE Pierre	DRS/BKO	Pierrekamate99@yahoo.fr	76 39 19 01
33	Ignace TRAORE	MEARE/EVA L.	ignace.traore@icf.com	76 31 78 15
34	Malado BOCOUM	MEARE/EVA L.	malado.bocoum@icfi.com	76 48 47 38
35	Dr Modibo Amary COULIBALY	DNS	modicoul4@gmail.com	7930 95 87
36	Dr Elie BANKINEZA	ABT Associates	elie_bankineza@africairs.net	76 29 22 22
37	Mamadou Djouldé BAH	ABT Associates	djoulde_MamadouBah@africairs.net	76 18 95 52
38	Dr KONE Diahara TRAORE	PNLP	dtkone@hotmail.fr	76 47 75 60
39	Dr Samba COUMARE	SSGI	Samba.coumare@savethechildren.org	76 23 10 68
40	Pierre KONE	FENASCOM	konelpierre62@yahoo.fr	76 48 80 54
41	M. Belco SIDIBE	PNLP	s.belco@yahoo.fr	76 13 15 95
42	Mme KONE Ramatou SIDIBE	PNLP	ramasidib@yahoo.fr	76 30 00 39
43	Mme Diarra Balkissa SALL	PNLP	balkissasall@yahoo.fr	70 24 95 13
44	Moussa DOUMBIA	OMS	DOUMBIAne@who.int	76 44 63 01

45	Sékou COULIBALY	DRS/Ségou		78 18 36 08
46	Ag Hamati Ahmad	ABT Associates		66 29 30 32
47	Oumar FOFANA	PNLP		78 86 82 40
48	Ousmane SANOGO	PNLP		66 66 29 49