



PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2016-2018

Janvier 2017



Plan Strategique De Lutte Contre Le Paludisme 2016-2018

Tables des Matières

REMERCIEMENTS	v
SIGLES ET ACRONYMES	vi
RESUME.....	x
INTRODUCTION	1
I. PROFIL DU PAYS	2
1.1 Situation géographique	2
1.2 Système sociopolitique	2
1.3 Données démographiques	3
1.4 Ecosystème, environnement et climat	3
1.5 Situation socio-économique.....	3
1.6 Analyse du système de santé.....	4
II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME.....	20
2.1. Profil épidémiologique du paludisme.....	20
2.2. Performance du programme de lutte contre le Paludisme et résultats de la RMP	27
III. CADRE STRATEGIQUE DU PLAN REVISE (2016-2018)	51
3.1 Vision.....	51
3.2 Mission et principes directeurs	51
3.3 But, objectifs, résultats attendus.....	52
IV. INTERVENTIONS ET STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE	53
4.1 Objectif I : Réduire les décès liés au paludisme à un chiffre proche de zéro	53
4.2 Objectif II : Réduire les cas de paludisme d'au moins 75% par rapport à 2000	54
4.3 Objectif III : Renforcer les capacités de coordination et de gestion du Programme.....	55
V. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN.....	58
5.1 Cadre de performance	58
5.2 Suivi des progrès	59
5.3. Evaluation de l'impact et des résultats	59

VI. BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT	61
6.1. Résumé du budget par intervention.....	61
6.2. Résumé du budget par catégorie de coût.....	61
VII. MOBILISATION DES RESSOURCES.....	62
7.1 Cartographie des donateurs et stratégie de mobilisation des ressources.....	62
7.2. Analyse des écarts budgétaires du PSN 2016-2018.....	62
VIII. BIBLIOGRAPHIE.....	63
IX. ANNEXES	63
9.1 Organigramme du PNLP.....	64
9.2 Plan de mise en œuvre.....	65
9.3 Cadre de performance du plan stratégique 2016-2018	78
9.4 Liste des participants à l'élaboration du plan stratégique 2013-2017	82

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principaux indicateurs de Développement	4
Tableau 2 : Extension des CSC fonctionnels par région et par an jusqu'au 31 décembre 2014.....	7
Tableau 3 : Situation cumulative des CSCCom créés par région selon les prévisions des PDSC révisés, au 31 décembre 2014.....	8
Tableau 4 : Effectifs des médecins et pharmaciens par spécialité et par région en 2015.....	11
Tableau 5 : Effectifs et ratios du personnel de santé (Médecin, Sage-femme, Infirmier ou Assistants médicaux) pour 10 000 habitants	13
Tableau 6 : Répartition des CSCCom selon la nature du bâtiment et par région.....	17
Tableau 7 : Contribution du système de santé à la lutte contre le paludisme	19
Tableau 8 : Stratification du paludisme au Mali	27
Tableau 9 : Exécution physique de la LAV	28
Tableau 10 : Acquisition des MILD de 2013 à 2015.....	29
Tableau 11 : Distribution des MILD de 2013 à 2015	29
Tableau 12 : Couverture de la PID par district	31
Tableau 13 : Exécution physique de la prévention du paludisme chez la femme enceinte	32
Tableau 14 : Acquisition de doses de SP pour le TPI	32
Tableau 15 : Couverture du TPI chez la femme, 2013 à 2015	33
Tableau 16 : Résultats des campagnes de CPS de 2013 à 2015 2013 à 2015.....	34
Tableau 17 : Couverture CPS en 2015 par passage et par région sanitaire.....	35
Tableau 18 : Exécution physique des activités de diagnostic du paludisme	36
Tableau 19 : Acquisition des intrants de diagnostic biologique	37
Tableau 20 : Personnels formés sur le diagnostic du paludisme, 2013 à 2015.....	38
Tableau 21 : Exécution physique du traitement du paludisme.....	39
Tableau 22 : Acquisition des intrants de traitement spécifique du paludisme	39
Tableau 23 : Formation des prestataires en prise en charge du paludisme	40
Tableau 24 : Exécution physique des interventions transversales	41
Tableau 25 : Exécution physique du Plan S&E.....	48
Tableau 26 : Personnel formé sur le S&E, 2013 à 2015	48
Tableau 27 : Liste Nominative Du Personnel Du PNLP	55
Tableau 28 : Résumé du budget par intervention	61

Tableau 29 : Résumé du budget par catégorie de coût.....	61
Tableau 30 : Résumé du budget par partenaire	62
Tableau 31 : Résumé de l'analyse des écarts budgétaires.....	62

LISTE DES GRAPHIQUES

Figure 1 : Carte administrative du Mali	2
Figure 2 : Circuit d'approvisionnement au Mali	10
Figure 3 : Strates épidémiologiques selon le nombre de mois de transmission	22
Figure 4 : Evolution de l'incidence du paludisme simple de 2011 à 2015	23
Figure 5 : Evolution du nombre de cas de Fièvre/paludisme simple de 2011 à 2015	23
Figure 6 : Incidence du paludisme grave (pour 1 000) de 2011 à 2015.....	24
Figure 7 : Evolution nombre de cas de paludisme grave 2011-2015	24
Figure 8 : Evolution de la létalité due au paludisme de 2011à 2015	25
Figure 9 : Prévalence de la parasitémie du paludisme chez les enfants en 2015	26

REMERCIEMENTS

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

Enfin, nos remerciements vont à l'endroit :

- les services centraux du ministère de la santé et de l'Hygiène Publique ;
- les partenaires techniques et financiers ;
- les universités et les institutions de recherche ;
- les experts internationaux (OMS) ;
- la pédiatrie CHU Gabriel Touré ;
- l'équipe du PNL.

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

SIGLES ET ACRONYMES

ABG	Appui Budgétaire Global
ABS	Appui Budgétaire Sectoriel
ALU	Artémether Luméfantrine
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANTIM	Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque Mondiale
BTI	Bacillus turgensisraelis
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
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'Études 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
IHB	Infirmierie Hôpital de Bamako
IHK	Infirmierie Hôpital de Kati
IHP	International Health Partnership
ILM	Initiative Leadership Ministeriel
INFSS	Institut national de Formation en Sciences de la Santé
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
IP	Indice Plasmodique
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
Kg	Kilogramme
Km	Kilomètre
Km2	Kilomètre carré
LAP	Lutte Anti Paludique
LFA	Local Fund Agent (Agent local du Fonds Mondial)
LIV	Lutte Intégrée contre les Vecteurs
LNS	Laboratoire National de la Santé
MAT	Médicaments Traditionnel Améliorés
MICS	Multiple Indicators Cluster Surveys
MII	Moustiquaires Imprégnées d’Insecticides
MSF	Médecins Sans Frontières
MILD	Moustiquaires Imprégnées d’Insecticides Longue Durée
MIS	Malaria Indicators Surveys
MRTC	Malaria Research and Training Center
MTA	Médicament Traditionnel Amélioré
MTI	Matériaux Traités aux Insecticides
ND	Non Disponible
NA	Non Application
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMVS	Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
OUA	Organisation de l’Unité Africaine
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfance
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PEC	Prise En Charge des Cas
PECADOM	Prise en Charge à Domicile
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PID	Pulvérisation intra domiciliaire
PMA	Paquet Minimum d’Activités
PMI	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
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'Immunodéficience Acquis

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. Suite à cette revue, il a été décidé de prolonger le plan stratégique national de lutte contre le paludisme jusqu'en 2018 pour être conforme au PRODESS III.

La revue à mi-parcours 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 trois prochaines années.

Le présent plan stratégique révisé est conçu pour une période de trois ans. Les objectifs de ce plan sont en parfaite ligne avec 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

“Un Mali sans paludisme”

Mission et Principes directeurs

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

Orientations stratégiques et Priorités

Les principales interventions du plan stratégique national (PSN) 2016-2018 portent sur les priorités définies ci-dessous.

- Assurer un accès universel aux mesures de prévention pour 100 % de la population à risque de paludisme, notamment l'utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILD), du traitement préventif intermittent (TPI) chez les femmes enceintes et de la chimio-prévention saisonnière du paludisme (CPS);
- Assurer la protection de 100 % de la population des zones ciblées par la pulvérisation intra domiciliaire (PID) ;
- Assurer la confirmation biologique (test de diagnostic rapide (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 (ASC) ;
- Assurer la prise en charge correcte de 100 % des cas de paludisme confirmés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et chez les ASC ;
- Renforcer un système de surveillance sentinelle (épidémiologique, entomologique) pour les zones à transmission instable de paludisme ;
- Renforcer le système de surveillance épidémiologique intégré du paludisme au niveau de tous les districts sanitaires et hôpitaux en vue de produire des données hebdomadaires de qualité permettant de prendre une décision adéquate en cas de nécessité ;

- Renforcer la communication en vue d'un changement social et de comportement des populations en faveur de la prévention et de l'utilisation précoce des services de santé en cas de fièvre ;
- Redynamiser le système de surveillance et de suivi-évaluation (S&E) des interventions de lutte contre le paludisme, notamment la mise en place d'un système de surveillance de routine fonctionnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris les hôpitaux ;
- Renforcer la recherche opérationnelle par des études et des enquêtes sur les interventions de lutte contre le paludisme ;
- Renforcer le partenariat « Faire Reculer le Paludisme » pays en vue de pérenniser les financements en prenant en compte les contributions de l'Etat et d'autres opportunités de financement ;
- Renforcer la collaboration inter-pays en matière de lutte contre le paludisme ;
- Renforcer les capacités managériales du Programme et les mécanismes de coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

But

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

Objectifs

D'ici fin 2018

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

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

Le budget du PSN 2016-2018 s'élève à 94 901 511 830 Francs CFA.

INTRODUCTION

Au Mali, le paludisme constitue 40,1 % des motifs de consultation dans les formations sanitaires. En 2014, 2 590 643 cas cliniques de paludisme (dont 1 789 583 cas simples et 801 060 cas graves, et 2 309 décès, soit un taux de létalité de 0,89 %, ont été enregistrés dans les établissements de santé, (Annuaire statistique, 2014).

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) menée en 2012-2013 montraient que 82 % des enfants de 6-59 mois étaient anémiés, dont 21 % souffraient d'anémie légère, 52 % souffraient d'anémie modérée, et 9 % souffraient d'anémie sévère. En ce qui concerne les femmes, 51 % des femmes souffraient d'anémie selon la même enquête 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 de 48-59 mois.

La prévalence nationale du paludisme était de 35,7 % et variable suivant les régions (59,8 % à Mopti, 41,6 % à Sikasso, 36,7 à Ségou, 34,8 % à Koulikoro et 27,4 % à Kayes. La prévalence du paludisme était la plus faible à Bamako (6 %).

L'Enquête sur les indicateurs du paludisme, Mali (EIPM) 2012-2013 n'a pas couvert les 3 régions du Nord (Gao, Tombouctou et Kidal) à cause de l'insécurité. Cependant l'Enquête d'anémie et de parasitologie (EAP) de 2010 avait trouvé une prévalence parasitaire de 17 % pour l'ensemble de ces régions.

Concernant les moustiquaires, 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 %. Par contre 71 % des enfants avaient dormi sous une MILD. Dans les ménages possédant au moins une MILD, globalement 75 % les enfants de moins de 5 ans avaient dormi sur une MILD la nuit précédant l'enquête, soit 72 % des enfants en milieu urbain et 76 % en milieu rural. Quant aux 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.

Au vu des ressources injectées dans la lutte contre le paludisme entre 2013 et 2015 (après l'enquête EDSM-V), ces indicateurs pourraient subir une amélioration. En effet, selon les résultats préliminaires de selon les résultats préliminaires de l'EIPM 2015, 28 % des enfants de moins de 5 ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédées l'enquête. Dans l'ensemble des cinq régions du Mali, 20 % des enfants de 6 à 59 mois souffraient d'anémie sévère, définie par un taux d'hémoglobine (Hb) inférieur à 8g/dl.

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

Après 3 années de mise en œuvre, le PNLP a réalisé la revue à mi-parcours du plan stratégique 2013-2017 pour se doter d'un plan révisé pour la période 2016-2018.

A travers des revues documentaires, des entrevues avec les partenaires et des évaluations au niveau opérationnel, les équipes d'évaluateurs coordonnées par une équipe de l'Organisation Mondiale de la

Santé (OMS) ont pu apprécier les capacités gestionnaires du programme à différents niveaux. Ils ont vérifié la disponibilité des moyens pour offrir des services efficaces de prévention et de traitement du paludisme et documenté les expériences réussies durant la période évaluée. Ils ont également identifié les insuffisances et les défis rencontrés dans la mise en œuvre, et formulé des recommandations en vue du renforcement du plan stratégique révisé 2016-2018.

I. PROFIL DU PAYS

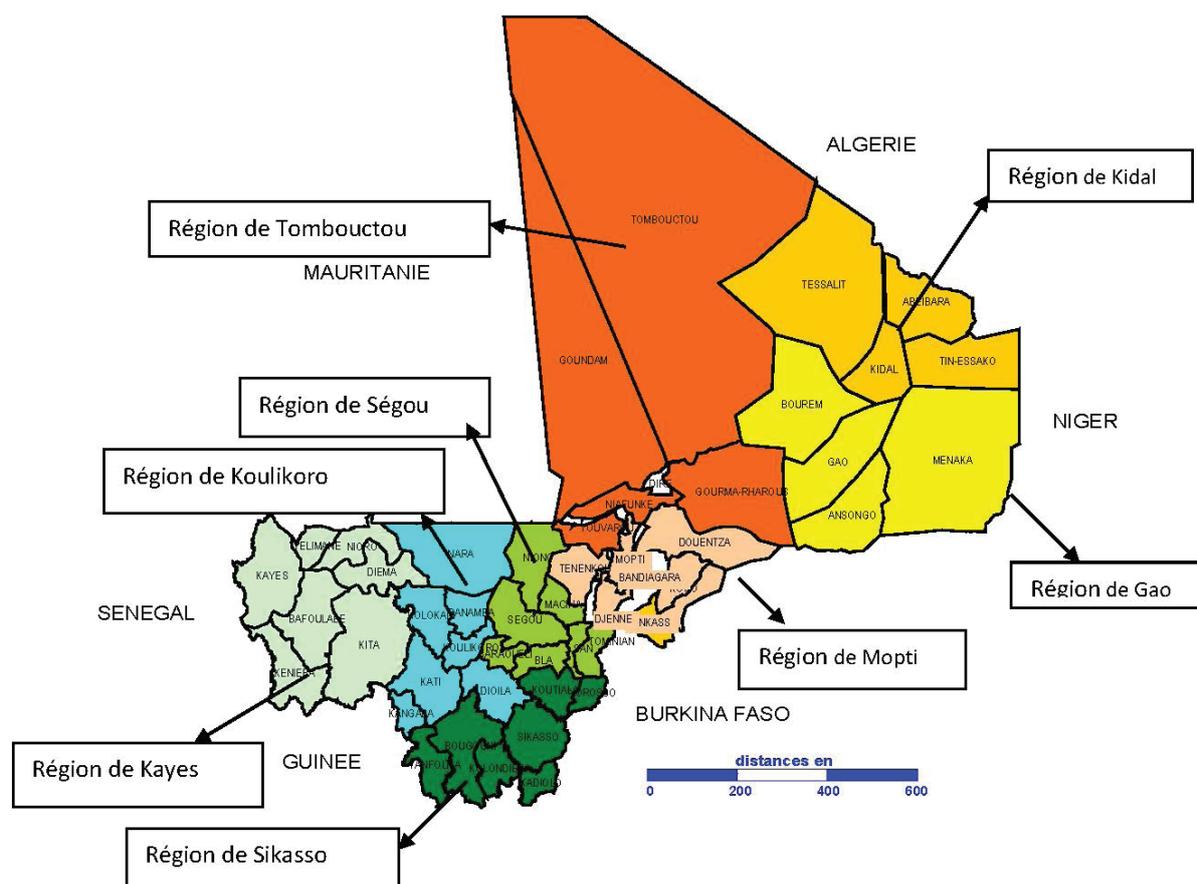
1.1 Situation géographique

Situé au cœur de l'Afrique de l'ouest, le Mali est un pays continental d'une superficie de 1 241 238 km². Il s'étend du nord au sud sur 1 500 km et d'est en ouest sur 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 Guinée Conakry au sud-ouest et le Sénégal à l'ouest.

1.2 Système sociopolitique

Sur le plan administratif, le Mali est découpé 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 49 préfectures (ex-cercles) qui se répartissent les 289 sous-préfectures (ex-arrondissements). Le district de Bamako est découpé en 6 communes urbaines.

Figure 1 : Carte administrative du Mali



Dans le cadre de la décentralisation, 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.

1.3 Données démographiques

Selon les résultats du 4ème 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 (soit 22,5 %) de la population contre 11 253 935 (soit 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 augmentation rapide de sa population de 1976 à 2009. En effet, estimé à 1,7 % en moyenne, entre 1976 et 1987, le taux de croissance a atteint 3,6 % entre 1998 et 2009. Globalement, le Mali a un taux d'accroissement annuel de 3,6 % et un indice synthétique de fécondité de 6,1. A ce rythme, la population malienne doublera presque tous les 20 ans, ce qui pourrait avoir des conséquences sur les efforts d'amélioration du bien-être de la population.

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 %.

1.4 Ecosystème, environnement et climat

Le Mali comprend 3 zones climatiques : 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.

1.5 Situation socio-économique

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 Mali demeure parmi les pays à développement humain faible. Selon le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) en 2015, il était classé 179ème sur 188 avec un indice de développement humain (IDH) de 0,42. Le phénomène pauvreté se distingue à travers son caractère global. Au Mali, trois types de pauvreté se conjuguent ensemble dans la vie quotidienne : i) la pauvreté monétaire (insuffisance de ressources engendrant une consommation insuffisante) ; 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 au-dessous du

seuil de pauvreté. On constate une légère augmentation de 0,3 point de pourcentage 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.

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 naissances vivantes) (EDSM-V, 2012-2013). Ces décès sont dus à des causes le plus souvent évitables. Les cinq premières causes de mortalité des enfants (moins de 5 ans et plus de 5 ans) sont par ordre d'importance : le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA), les diarrhées, la malnutrition et la rougeole. Dépourvu de façade maritime, le Mali est dépendant des pays limitrophes ayant un accès à la mer. Les principaux axes de communication avec la côte sont : Bamako-Abidjan (1 115 km), Bamako-Dakar (1 250 km); Bamako-Conakry (982 km) et Bamako-Nouakchott (2 300Km).

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

Tableau 1 : Principaux indicateurs de Développement

Indicateurs	Taux/Ratio	Source et année
Taux brut de natalité	49 ‰	RGPH98
Taux de croissance démographique	3,6 %	RGPH2009
Mortalité néonatale	35 %	EDSM V 2012-2013
Mortalité infantile	58 %	EDSM V 2012-2013
Mortalité des enfants en dessous de 5 ans	98 %	EDSM V 2012-2013
Ratio de Mortalité maternelle	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	PDDSS 2014-2023
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

1.6 Analyse du système de santé

1.6.1 Politique et stratégie nationale de santé

La politique sectorielle de santé et de population a été adoptée en 1990. Elle définit les orientations du développement sanitaire et social du Mali. Elle est fondée sur les principes des 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).

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

Cette politique fait la différenciation des missions par niveau :

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

Au regard des succès enregistrés dans sa mise en œuvre, la politique sectorielle de santé a été reconduite par le Gouvernement à travers l'adoption en 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 niveaux Commune et Cercle.

La politique sanitaire du Mali est conforme aux grands principes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (2015), 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 HealthPartnership (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.

1.6.2 Système de santé public

1.6.2.1 Description

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

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

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

1.6.2.2 Prestations de soins

La pyramide sanitaire est structurée en trois niveaux de soins.

- **le niveau central comprend** : 6 Etablissements Publics Hospitalo-universitaires dont 4 à vocation générale (Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) Point G, CHU Gabriel Touré, CHU de Kati et CHU du Mali, l'hôpital du Mali) et 2 à vocation spécialisée (Centre National d'Odontologie – Stomatologie, Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique), 1 institut national de recherche en santé publique (INRSP), 1 Centre National de Transfusion sanguine et 1 Laboratoire National de la Santé, 2 centres de recherche (le Centre National d'Appui à la Maladie (CNAM) et le Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS)). Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide, constituent le 3ème niveau de référence. C'est à ce niveau que sont drainés tous les cas graves nécessitant une intervention spécialisée ou des investigations para cliniques poussées.
- **le niveau intermédiaire** regroupe 6 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant le 2ème niveau de référence à vocation générale et situés respectivement dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao. A ceux-ci s'ajoute l'Hôpital « Mère-enfant » le Luxembourg, un établissement sanitaire à vocation humanitaire.

- **le niveau district sanitaire** qui comprend 2 échelons :
 - **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 1240 étaient fonctionnels en 2015 (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 moderne reste à améliorer.
 - **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 63 en 2014, correspondant au cercle, commune ou zones sanitaires. 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 pris en Conseil de Ministres et révisée tous les cinq ans, qui repose sur le découpage du territoire national en districts sanitaires et en aires de santé.

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

- **Les services de santé de l'armée** : Ils se composent de postes médicaux, d'infirmières, de maternités de garnison et d'infirmières- hôpitaux : Infirmerie-Hôpital de Kati (IHK) et Infirmerie-Hôpital de Bamako (IHB). Ces établissements évoluent de façon parallèle et leurs données sont insuffisamment intégrées au système d'information sanitaire national.
- **Les services confessionnels de santé** : Les structures de prestations de services des organisations religieuses complètent l'offre de services de soins de santé sur l'ensemble du territoire national. Selon le rapport d'élaboration de la carte sanitaire, 25 structures confessionnelles étaient identifiées sur l'ensemble du territoire en 2011.

Tableau 2 : Extension des CSC fonctionnels par région et par an jusqu'au 31 décembre 2014

Régions	1989 – 1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total 2014
Bamako	39	3	0	3	2	0	1	2	0	0	2	2	2	1	0	1	57
Gao	13	13	4	4	3	3	1	6	6	0	2	7	3	0	0	1	66
Kayes	54	9	14	12	6	11	11	14	10	18	8	18	5	6	13	4	216
Kidal	0	0	4	1	0	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	11
Koulikoro	65	3	7	9	3	7	34	8	14	3	3	9	5	7	4	9	195
Mopti	72	5	3	6	11	9	9	7	6	3	3	9	3	6	5	7	165
Ségou	74	11	9	14	15	3	9	15	8	4	3	8	2	11	3	3	194
Sikasso	106	2	19	11	5	5	8	13	5	6	8	3	7	7	11	4	224
Tombouctou	15	4	5	2	7	8	8	11	2	3	2	3	0	0	0	1	72
Total général	438	50	65	62	52	48	82	77	51	38	31	60	27	38	36	29	1 199

En 2014, il a été enregistré 29 nouvelles créations de CSCoM sur 167 restants.

Il faut signaler la fermeture d'un CSCoM (ASACOMA II) dans la commune VI du District de Bamako.

Tableau 3 : Situation cumulative des CSCoM créés par région selon les prévisions des PDSC révisés, au 31 décembre 2014

Régions	Nombre de CSCoM prévu dans PDSC	Nombre de CSCoM réalisés au 31/12/2014	Taux de réalisation (%)
Bamako	68	57	84
Gao	95	66	69
Kayes	234	216	92
Kidal	25	11	44
Koulikoro	193	195	101
Mopti	171	165	96
Ségou	203	194	96
Sikasso	216	224	104
Tombouctou	96	72	75
Total	1 301	1 199	92

D'une façon générale le taux de réalisation des CSCoM (tableau 3) selon les PDSC révisés est satisfaisant (92 %). La région de Sikasso enregistre le taux de création le plus élevé selon les prévisions des PDSC (102 %) tandis que la région de Kidal enregistre le taux le plus faible (44 %).

Le Mali compte au total 2 344 structures œuvrant pour l'offre directe de soins ou en appui à l'offre de soins de santé. Ainsi 1 147 CSCoM, 330 cabinets et 102 cliniques parmi les structures offrant directement les soins de santé ont été dénombrés. D'autre part, parmi les structures appuyant l'offre des soins de santé 500 officines de pharmacie, 72 écoles de formation en sciences de la santé et seulement 6 centres de recherche en santé ont été recensés.

Par ailleurs sur les 2 344 structures, 627 (27 %) se trouvent à Bamako et sont essentiellement constitués d'officines pharmaceutiques (214), de cabinets (192). Aussi, la ville de Bamako compte plus de la moitié des cliniques (69/102).

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

En 1998, le Mali a adopté sa politique pharmaceutique 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 grossistes agréés de la place. Dans le souci de mieux répondre à l'objectif de la politique pharmaceutique, il a été mis en place un schéma appelé Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME).

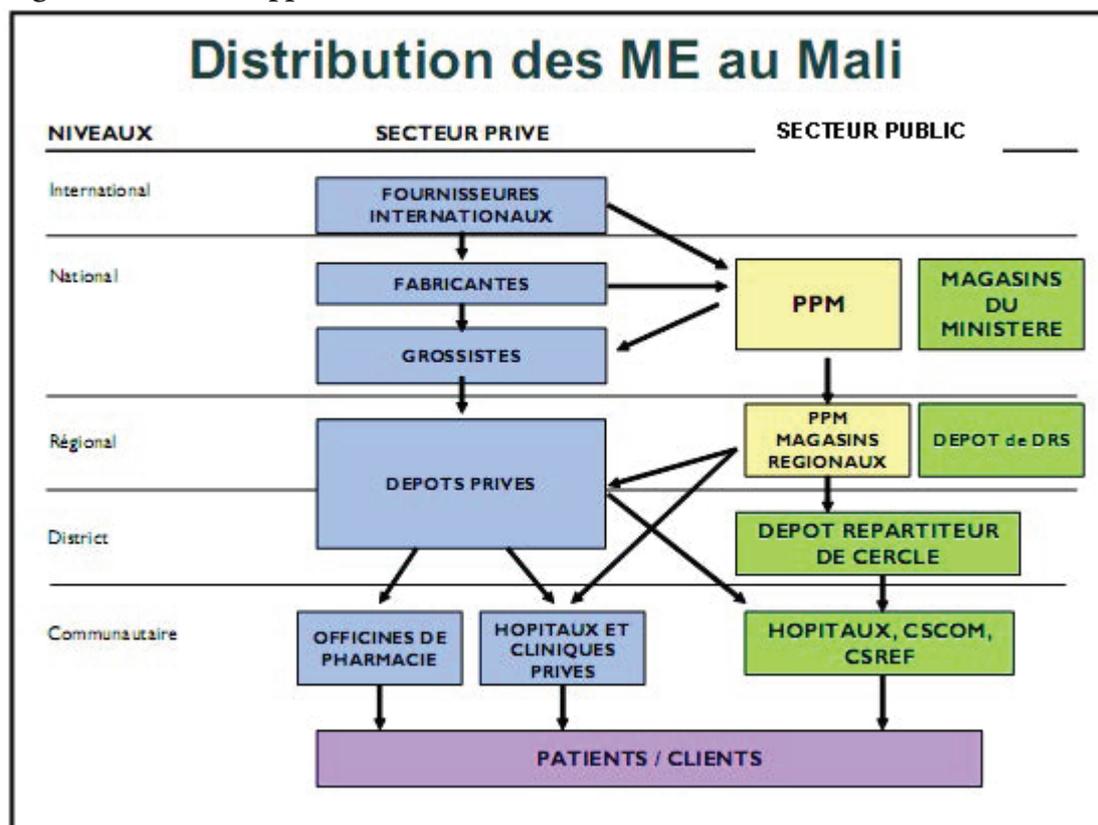
Le SDADME décrit les mesures pratiques et fonctionnelles devant permettre la mise en œuvre du volet approvisionnement en médicaments essentiels de la politique de santé, objet de la loi n°02-049 du 22 juillet 2002. A cet effet, l'approvisionnement est assuré comme suit :

- importation : elle est assurée par la PPM, retenue par l'Etat comme structure privilégiée. Elle doit favoriser l'introduction des médicaments essentiels génériques en DCI dans le secteur privé par l'importation des blisters ;

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

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

Figure 2 : Circuit d'approvisionnement au Mali



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

- **Au niveau central**, nous retrouvons la PPM qui joue le rôle de Centrale d'achat et constitue l'instrument privilégié du Mali en matière d'approvisionnement en médicaments essentiels en DCI.
- **Au niveau des régions**, il existe des magasins régionaux de la PPM à l'exception de Tombouctou, Gao et Kidal.
- **Les DRC** s'approvisionnent dans les magasins régionaux de la PPM en utilisant leurs propres ressources (véhicule de service socio sanitaire des cercles et fonds générés par la vente des produits). Les médicaments sont alors entreposés dans les DRC.
- **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 :

- **Au niveau International** : Les produits antipaludiques comme tous les autres médicaments essentiels font l'objet de contrôle de qualité (contrôle BIVAC).
- **Au niveau National** : Le contrôle de qualité est réalisé par le LNS pour chaque approvisionnement avant la mise des produits dans le circuit du SDADME.

- **Au niveau Local** : Le contrôle de la qualité est assuré par le LNS sous forme de visite de supervision et échantillonnage 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 PMI, le LNS a équipé toutes les régions d'un kit mini-laboratoire de contrôle de qualité. Les échantillons sont ainsi analysés au niveau régional et des tests de confirmation réalisés au niveau du LNS à Bamako.

1.6.2.4 Ressources humaines pour la santé

Les capacités de production des ressources humaines pour la santé et pour le développement social ont augmenté de manière considérable pendant ces 20 dernières années (Tableaux 4a & 4b). 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.

Tableau 4 : Effectifs des médecins et pharmaciens par spécialité et par région en 2015

Spécialistes	Régions									Total
	Bamako	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tombouctou	Gao	Kidal	
Médecin Anesthésiste-Réanimateur	12	1	2	0	0	0	0	0	0	15
Médecin Ophthalmologue	17	1	3	1	0	2	0	0	0	24
Médecin Dermatologue	4	1	0	0	0	0	0	0	0	5
Médecin Radiologue	5	1	1	1	0	0	0	0	0	8
Médecin Gynécologue Obstétrique	37	5	8	6	1	4	0	1	0	62
Médecin ORL	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Médecin Epidémiologiste	27	0	0	0	0	1	0	0	0	28
Médecin en Hématologie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Médecins Hépato-Gastro-Enterologie	7	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Pharmacogénosie	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Entomologie-Parasitologie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Dermatologue	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Médecin Neurologue	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Médecin Psychiatrique	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Médecin Pneumologue	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Médecine Nucléaire	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Médecin Anatomie Pathologie	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Médecin Légiste	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Régions										
Spécialistes	Bamako	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tombouctou	Gao	Kidal	Total
Médecin Hematobiologie	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Médecin Neuro-Chirurgien	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Médecin Radiothérapie	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Médecin Immuno-Hemato-Transfusion	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Médecin Transfusionnelle	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Médecin Informatique Médicale	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Médecin Urologue	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Médecin Parasitologue	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Médecin Néphrologue	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Médecin Infectiologue	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Médecin Endocrinologie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Médecin Prothésiste	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Médecin Chirurgien	39	5	1	5	0	0	0	0	0	50
Médecin Biologiste	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Pharmacien	76	3	12	13	4	2	3	0	0	113
Médecin Généraliste	356	125	132	135	92	101	18	21	2	982
Médecin Chirurgien dentaire/Odonto-Stomato	2	1	2	2	0	0	0	0	0	7
Médecin Odontostomatologue	21	4	4	1	5	2	1	4	0	42
Médecin Entomologie Médicale	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Médecin Cardiologue	17	0	0	0	0	0	0	0	0	17
Médecin Santé Publique	84	5	6	7	6	2	1	2	0	113
Médecin Pédiatre	35	0	2	1	1	1	0	0	0	40
Médecin Traumatologue	3	0	1	1	0	0	0	0	0	5
Médecin Gestionnaire	0	1	0	1	1	0	0	2	0	5
Total	813	153	174	174	110	115	23	30	2	1 594

Source : DRH-SSDS, Base de données SI-GRH

Les médecins généralistes sont en nombre plus élevés dans le système de santé du Mali.

Tableau 5 : Effectifs et ratios du personnel de santé (Médecin, Sage-femme, Infirmier ou Assistants médicaux) pour 10 000 habitants

Régions						
Régions	Infirmiers (AM, TSS, TS)	Sage-femme et Infirmière Obstétricienne	Médecins, Pharmaciens	Total	Population 2015	Ratio 2015
Bamako	1 428	748	814	2 990	2 234 652	13,38
Gao	148	54	30	232	669 256	3,47
Kayes	456	174	153	783	2 460 500	3,18
Kidal	36	7	2	45	83 916	5,36
Koulikoro	510	217	133	860	2 988 860	2,88
Mopti	356	158	115	629	2 513 336	2,50
Ségou	396	149	110	655	2 886 296	2,27
Sikasso	675	230	174	1 079	3 262 364	3,31
Tombouctou	109	30	23	162	832 944	1,94
Total	4 114	1 767	1 554	7 435	17 932 124	4,15
Norme OMS	23 personnels de santé pour 10 000 habitants					

Source : DRH-SSDS, Base de données SI-GRH

Les effectifs en professionnel de santé (Tableau 5) sont plus élevés dans le district de Bamako tandis que les régions du nord (Gao, Tombouctou et Kidal) enregistrent les effectifs les plus bas.

En 2015, les ratios se sont améliorés. Le ratio de Tombouctou montre une crise de personnel de santé par rapport à la majorité des régions. Les effectifs de Kidal représentent le personnel de santé affecté à cette région même si la majeure partie a été redéployée pendant la période de crise socio-sécuritaire.

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

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

L'évaluation du précédent PDDSS rapporte que globalement, 60 % des fonctionnaires interrogés sont démotivés. Parmi les raisons, il y a, par ordre d'importance, l'insatisfaction liée aux rémunérations, l'inadéquation des moyens de travail, l'absence de considération et la mauvaise répartition du travail. Cette même évaluation indique que parmi les facteurs motivants, ceux liés à la responsabilité viennent en première position suivis des facteurs financiers.

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

Le système d'information au Mali est 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 sera désormais 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) 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.

1.6.2.6 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 8,16 % en 2009. Le budget d'état est la première source de financement de la santé avec une moyenne de 55,4 % sur la même période contre 31,7 % provenant des partenaires extérieurs, 12,1 % du recouvrement des coûts (paiements directs des prestations de soins) et 0,8 % des communautés et des collectivités décentralisées.

Le niveau central bénéficie de 71,4 % des dépenses pendant que la cible du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) était de ramener cette proportion à 20 %. Au niveau régional, la priorisation du financement des zones pauvres a 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 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 2010 on dénombrait 151 mutuelles sociales au Mali, dont 143 évoluant dans le secteur de l'assurance maladie exclusivement ou en combinaison avec d'autres types de prestations. Les 8 autres mutuelles offraient des prestations relatives à la retraite et/ou au décès. Ces mutuelles, toutes issues de la communauté, regroupaient 104 986 adhérents pour 375 496 bénéficiaires (3,3 % en 2010), 62 000 d'entre eux ont été servis en 2009.

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

Une large partie de la population reste donc dépourvue de mécanisme de protection sociale et n'a pas accès à des soins de qualité. Le RAMED 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. 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.

1.6.2.7 Partenariat pour la santé

La politique sectorielle de santé et de population est basée sur la participation et la responsabilisation de la communauté à la gestion du système de santé à travers le district sanitaire mais aussi sur la différenciation des fonctions par niveau.

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

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

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

- **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)** : à travers la fusion des anciennes structures de lutte contre les grandes endémies, l'organisation constitue un cadre nouveau offrant des possibilités de coopération en matière de lutte contre le paludisme notamment les financements des réseaux RAOTAP et RAOPAG ;
- Commissions mixtes de coopération bilatérales avec les pays amis, en particulier ceux frontaliers.

1.6.3. Système de santé privé

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

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

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

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

1.6.4. Système communautaire pour la santé

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

En plus de l'expérience acquise dans la mise en œuvre des activités à travers les CSCCom, 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.

Tableau 6 : Répartition des CSCCom selon la nature du bâtiment et par région

Regions	Cscom	Dur	Semi Dur	Banco
Bamako	62	61	1	0
Gao	67	63	1	3
Kayes	198	196	2	0
Kidal	11	4	7	0
Koulikoro	186	175	11	0
Mopti	155	150	4	1
Ségou	181	180	0	1
Sikasso	208	205	3	0
Tombouctou	79	75	4	0
Total général	1 147	1 109	33	5

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

1.6.5. Médecine traditionnelle

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

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

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

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

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

1.6.6. Performance du système de santé

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

Courant 2015, malgré la signature de l'accord de paix, des groupes armés ont continué à entretenir un climat d'insécurité qui a causé la mort des plusieurs personnes parmi les populations civiles, les forces de sécurité nationales et internationales, et le personnel de l'action humanitaires. Les conséquences de cette situation d'insécurité qui perdurent depuis le déclenchement de la rébellion au nord du Mali sont :

- faible exécution des programmes de santé prioritaires (immunisation, tuberculose, VIH/Sida, Paludisme, lèpre, ver de Guinée...);
- transmission incomplète des données épidémiologiques;
- peu d'infrastructures sanitaires fonctionnelles.

Devant cette situation d'insécurité résiduelle, des mesures ont été prises pour éviter une catastrophe sanitaire comme :

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

L'administration est de retour dans les régions de Tombouctou et Gao.

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

Le changement institutionnel du PNLP, de pair avec le renforcement de ses ressources humaines et logistiques ont permis une meilleure coordination des activités de lutte contre le paludisme au niveau du secteur public, privé et communautaire (Tableau 7).

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

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

En plus du PNLP, la Fondation Mérieux Mali contribue à la formation et à l'amélioration de la qualité du diagnostic à travers le réseau national des laboratoires. Le PNLP forme aussi les praticiens du secteur privé à la prise en charge du paludisme et à la collecte des données. Tout ceci a permis aux acteurs 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 7 : 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	Gestion appropriée des ressources humaines, matérielles et financières du secteur de la santé.
	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.

1.6.8 Contribution du PNLP au renforcement de santé :

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

- **La gestion de l'approvisionnement** : L'USAID/PMI à travers son programme *System to Improve Access to Pharmaceuticals and services* (SIAPS) en collaboration avec 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 note conceptuelle 2016-2018 paludismes du Fonds mondial contribuera à combler les gaps de financement de l'Etat et de SIAPS.
- **Information sanitaire, Suivi-Evaluation & Recherche Opérationnelle** : La note conceptuelle 2016-2018 paludisme du Fonds mondial contribuera à renforcer les réunions de revue et de vérification des données à tous les niveaux, d'introduire l'utilisation des « Technologies Mobile » 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 seront aussi appuyées par la proposition. Parallèlement à cela, une étude sera conduite pour évaluer l'effet des supervisions formatives sur les connaissances attitudes et pratiques des prestataires de soins.

- **Système communautaire** : la note conceptuelle 2016-2018 paludisme du Fonds mondial contribuera à l'amélioration de la prise en charge au niveau communautaire. Le financement du fonds mondial va mobiliser les différents partenaires du MSPHP 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 paquet de SE= 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 actio 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.

II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

2.1. Profil épidémiologique du paludisme

2.1.1. Parasites du paludisme

Les espèces plasmodiales les plus courantes au Mali sont les suivantes (Doumbo et al. 1991, 1992):

- *P. falciparum* qui contribue pour 85 à 90 % de la prévalence plasmodiale est responsable des formes létales, graves et compliquées du paludisme au Mali ;
- *P. malariae* est rencontré dans 10-14 % des infections plasmodiales ;
- *P. ovale*, contribue pour 1 % des cas 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).

2.1.2. Vecteurs du paludisme

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

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

Du point de vue variations saisonnières, les fréquences *d'An. arabiensis* et la forme Mopti *d'An gambiae* s.s prédominent avant et après la saison des pluies et les formes Bamako et Savane *d'An gambiae* s.s sont dominantes pendant la saison des pluies.

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

Il ressort également des résultats de recherches 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.

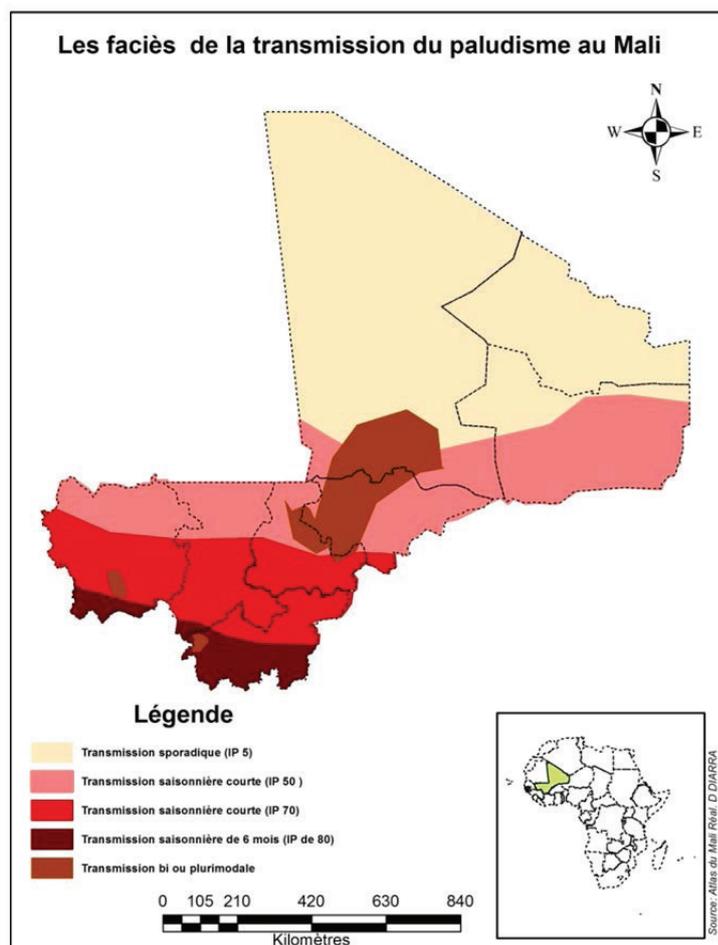
Toutes ces espèces sont d'excellents vecteurs de la transmission du paludisme au Mali et réalisent une transmission « dite en relais » dans les zones de sympatrie où ces espèces cohabitent (Traoré 1989, Sangaré 2000).

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

Au Mali, il y a une extrême variabilité de la situation épidémiologique qui est fonction des faciès géo-climatiques (Doumbo et al., 1989 ; Doumbo 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 ≥ 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 à certaines localités des régions de Koulikoro et de Kayes (Nara, Nioro, Diéma, Yélimané, Kayes). L'IP est en dessous de 5 %. Tous les groupes d'âge sont à risque de paludisme grave. Une précaution particulière doit être prise chaque fois que ces populations migrent vers le sud du pays, 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 ≤ 10 % et les adultes peuvent faire des formes graves et compliquées de paludisme.

Figure 3 : Strates épidémiologiques selon le nombre de mois de transmission



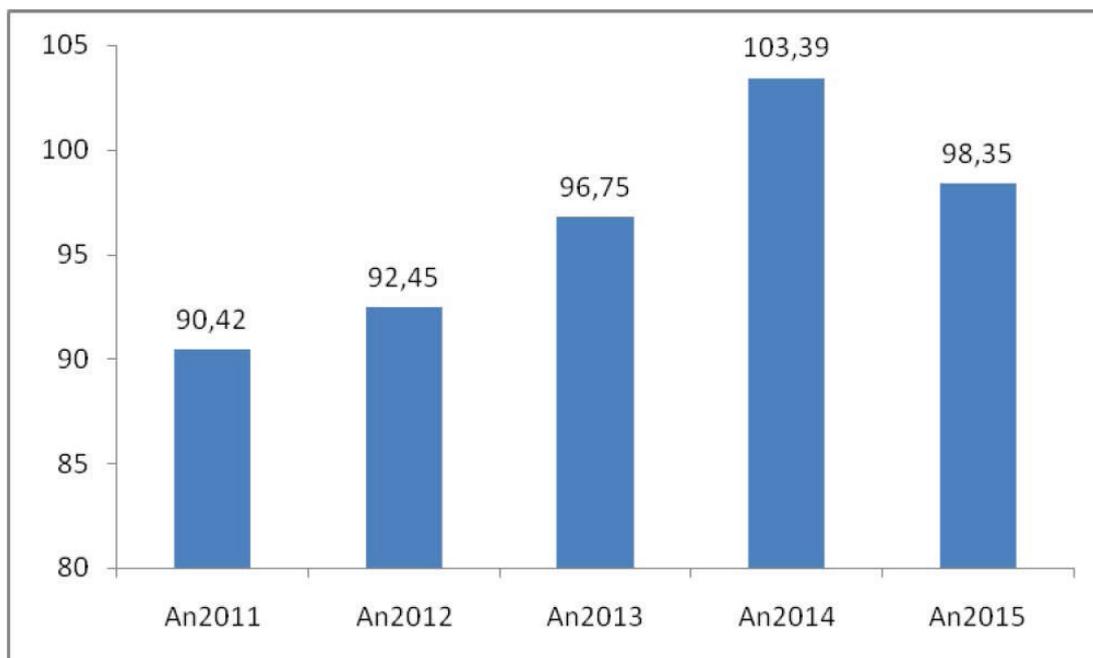
2.1.4. Morbidité et mortalité

Au Mali le paludisme constitue 33 % des motifs de consultation dans les formations sanitaires. Il a été enregistré en 2015, 2 369 245 d'épisodes de paludisme dont 1 683 228 cas simples et 686 077 cas graves. Parmi les cas graves 1 978 décès ont été enregistrés, soit un taux de létalité de 0,89 % (Annuaire statistique, 2015).

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 souffrent 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 % souffraient d'anémie modérée et 9 % étaient atteints d'anémie sévère. La même enquête a montré que 51 % des femmes souffraient d'anémie dont 37 % cas d'anémie légère, 13 % 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.

La prévalence nationale du paludisme était de 35,7 % selon l'Enquête des indicateurs du Paludisme (EIPM, 2015) L'EIPM n'a pas couvert les 3 régions du Nord (Gao, Tombouctou et Kidal) à cause de l'insécurité. Cependant, dans les cinq régions du Sud, il ya de fortes variation soit 6 % à Bamako, 27,4 % à Kayes, 34,8 % à Koulikoro, 59,8 % à Mopti et 41,6 % à Ségou. L'Enquête d'Anémie et de Parasitémie (EAP) de 2010 avait trouvé une prévalence parasitaire de 17 % pour l'ensemble de ces régions.

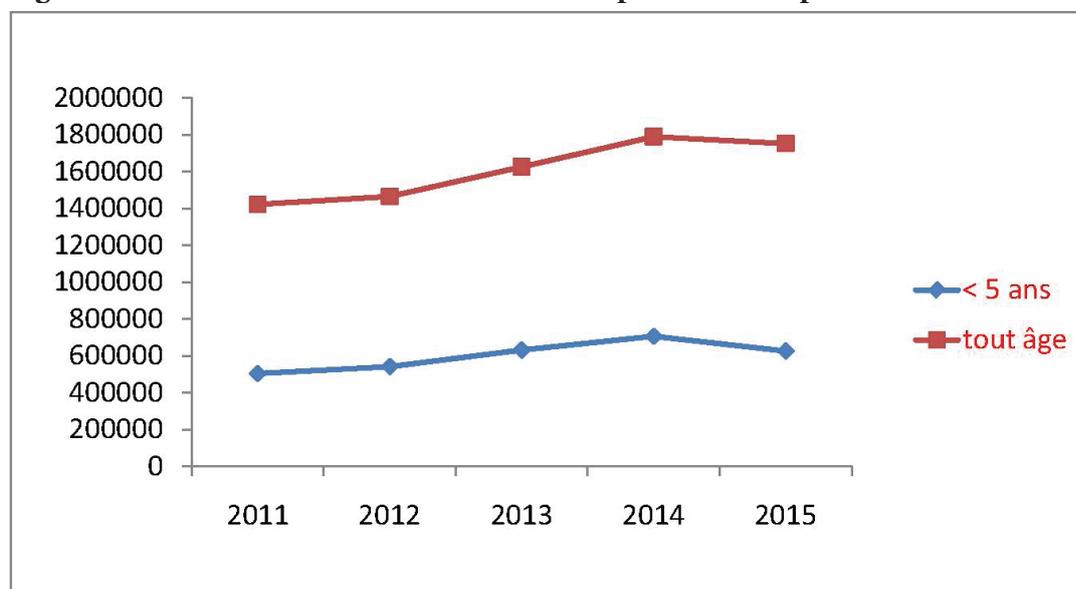
Figure 4 : Evolution de l'incidence du paludisme simple de 2011 à 2015



Source : SLIS 2011 à 2015

Nous constatons une augmentation graduelle de l'incidence du paludisme de 2011 à 2014 (Figures 4 & 5), et une légère baisse en 2015 qui pourrait traduire une variation annuelle, une amélioration du diagnostic ou une amélioration de la couverture des interventions de lutte contre le paludisme. L'augmentation de l'incidence du paludisme de 2011 à 2014 pourrait refléter une amélioration de la fréquentation des formations sanitaires du fait de la gratuité des soins, le renforcement de la stratégie communautaire à travers les CCom et la PECADOM ou de la qualité de la collecte des données au niveau opérationnel (enregistrement des cas).

Figure 5 : Evolution du nombre de cas de Fièvre/paludisme simple de 2011 à 2015

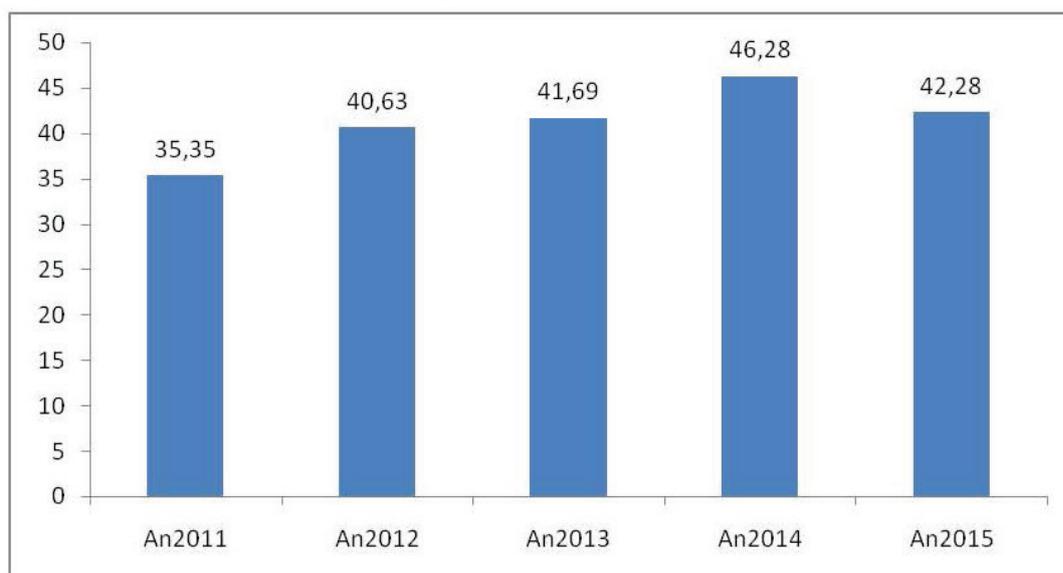


Sources : Annuaire statistiques et rapports activités PNLP

Le profil de l'évolution des cas de paludisme grave entre 2011 et 2015 (Figures 6 et 7) reflète celui des cas de paludisme simple, avec une augmentation graduelle de 2011 à 2014 suivie d'une légère baisse en 2015. Cette situation pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs dont:

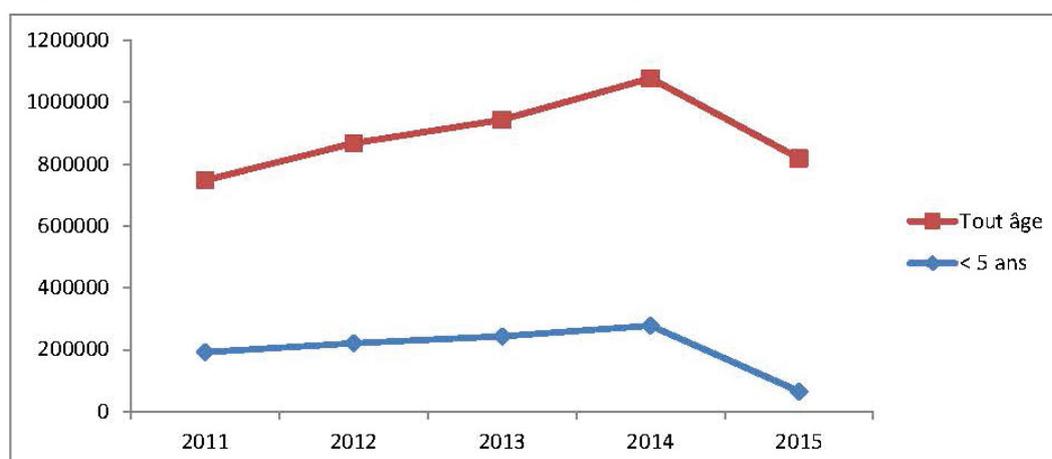
- le recours tardif aux soins ;
- la formation des prestataires à la prise en charge ;
- le faible taux de confirmation des cas ;
- l'amélioration de la notification des cas ;
- le faible taux de couverture du traitement préventif intermittent chez la femme enceinte (40 %, source SLIS 2012) ;
- la formation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

Figure 6 : Incidence du paludisme grave (pour 1 000) de 2011 à 2015



Source : SLIS 2011 à 2015

Figure 7 : Evolution nombre de cas de paludisme grave 2011-2015



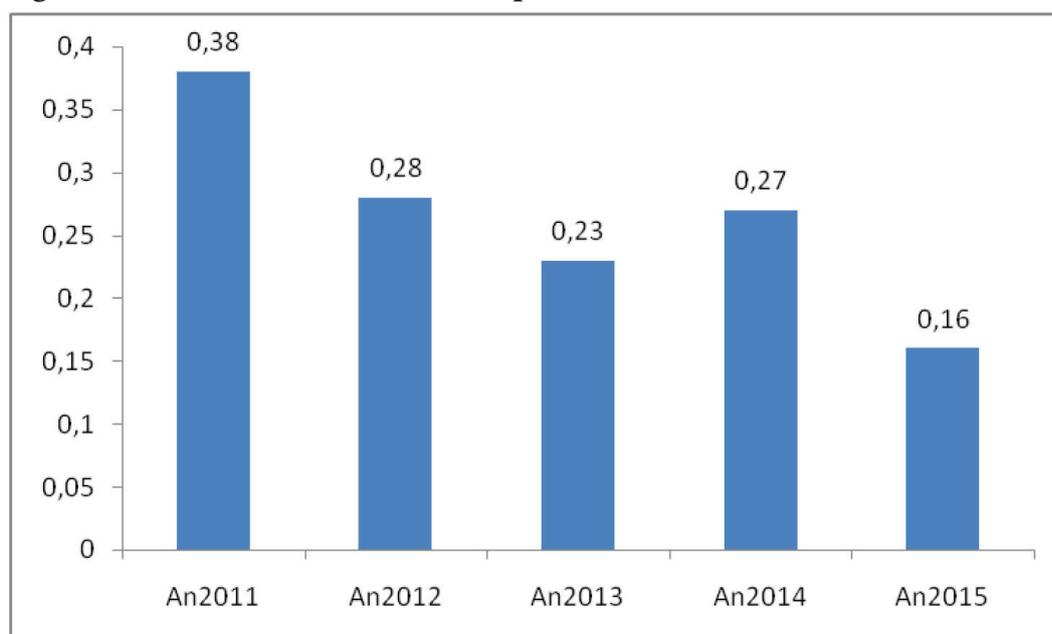
Source : Annuaire statistiques et rapports activités PNL

La létalité du paludisme a légèrement diminué de 2011 à 2015, même si une légère augmentation a été observée en 2014 (Figure 8). Cette augmentation pourrait s'expliquer par :

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

Cependant, il est important de souligner qu'en 2015 le taux de létalité a chuté jusqu'à 0,16 %

Figure 8 : Evolution de la létalité due au paludisme de 2011 à 2015



Source : SLIS de 2011 à 2015

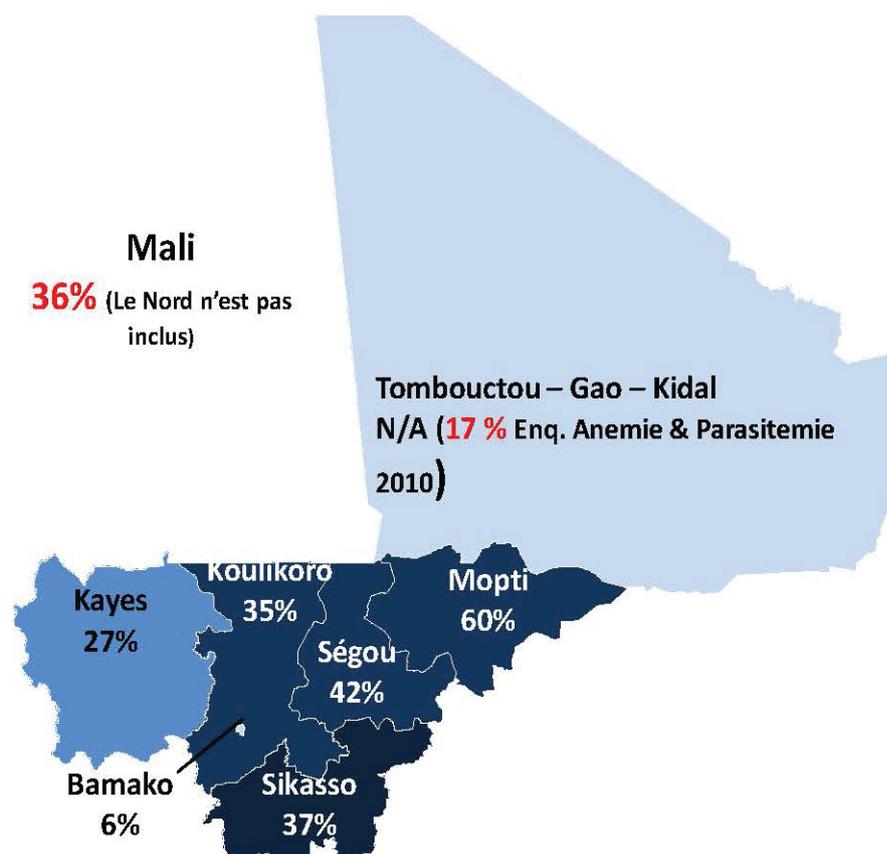
Pour inverser cette tendance, le MSHP a mis en place la stratégie de Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) avec un accent particulier sur la PEC du paludisme, la formation continue des prestataires des secteurs public, privé et communautaire et l'amélioration de la disponibilité des intrants.

2.1.5. Stratification du paludisme et cartographie

La prévalence du paludisme par région a été mise à jour sur la base des données de l'EIPM 2015 (Figure 9).

Figure 9 : Prévalence de la parasitémie du paludisme chez les enfants en 2015

Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans avec microscopie (EIP 2015)



La répartition des cas d'infection palustres dans les différentes régions du Mali est influencée par des facteurs naturels ou anthropiques.

Les facteurs naturels

- Les cours d'eau permanents dont les plus importants sont le fleuve Sénégal, le fleuve Niger, les affluents et les chenaux des fleuves ;
- Les cours d'eau temporaires : rivières à écoulement temporaire ;
- Enfin les mares temporaires et les marécages.

Les facteurs anthropiques

- L'irrigation et le maraîchage ;
- La migration et le nomadisme ;
- L'urbanisation.

Toute la population du Mali est à risque de paludisme avec des degrés d'endémicité différents (Tableau 8). Les niveaux de transmission peuvent varier considérablement d'une région à une autre, et dans une même région, d'une localité à une autre suivant les conditions écologiques, et d'une année à une autre suivant les conditions climatiques.

Tableau 8 : Stratification du paludisme au Mali

Strates	Caractéristiques principales et niveau de transmission	Prévalence parasitaire (EAP 2010 et EIPM 2015)	Taux d'incidence annuelle du paludisme simple (SLIS 2015)	Taux d'incidence annuelle du paludisme grave (SLIS 2015)	Nom de régions	Taille de la population (2015)
Strate 1	Haute transmission (PP > 50 %)	36,7 – 59,8 %	59,08 - 121,03	30,06 - 58,3	Mopti, Sikasso, Ségou	7 882 000
Strate 2	Transmission modérée (PP 10-50 %)	17-34,8 %	21,42 - 101,73	5,36 - 48,8	Kayes, Koulikoro, Tombouctou, Gao, Kidal	6 402 999
Strate 3	Transmission Faible (PP <10 %)	6 %	116,13	39,68	District de Bamako	2 032 999

2.2. Performance du programme de lutte contre le Paludisme et résultats de la RMP

2.2.1. Historique de la lutte contre le paludisme

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

- la mise en place du 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 ;
- 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.

Depuis le 18 juillet 2007, l'ordonnance N° 07-022/PRM, ratifiée par la loi N°07-060 du 30 novembre 2007, a créé la Direction du PNLP pour lui confier la mission d'animer et de coordonner les activités se rapportant à la lutte contre le paludisme au Mali.

2.2.2. Situation actuelle de la lutte contre le paludisme

2.2.2.1 Objectif 1 : Réduire de 75 % les cas de paludisme par rapport à l'an 2000

Les activités évaluées se rapportent aux stratégies de prévention que sont la LAV, la prévention du paludisme chez la femme enceinte et la CPS (la CPS initialement inscrite sous l'objectif 2 du PSN sera réaffectée sous l'objectif 1 dans le PSN révisé pour la période 2016-2018).

Pour cet objectif, 49 activités ont été exécutées sur 68 planifiées, soit un taux d'exécution moyen ajusté de 70 %.

A. Lutte Anti Vectorielle (LAV)

Pour la LAV, les interventions retenues dans le PSN en 2013-2015 concernent l'élaboration de documents normatifs spécifiques, l'accès universel aux MILD, la PID et la LAL. Sur les 48 activités initialement prévues en 2013-2015 pour la lutte anti vectorielle (Tableau 9), 33 ont été réalisées complètement ou partiellement, soit une exécution physique ajustée de 49 %. Excepté pour la LAL et les aspects en rapport avec les normes et procédures de services pour la lutte anti-vectorielle où aucune activité n'a été réalisée, toutes les autres activités planifiées relatives aux MILD et à la PID ont été réalisées de manière totale ou partielle.

Tableau 9 : Exécution physique de la LAV

Interventions	Activités planifiées 2013-2015	Activités réalisées 2013-2015	Performance brute	Performance ajustée
Normes et Procédures en LAV	3	0	0 %	0 %
MILD	8	8	100 %	100 %
PID	25	25	100 %	96 %
LAL	12	0	0 %	0 %
Total	48	33	50 %	49 %

A.1 Accès universel aux MILD

Les activités mises en œuvre ont porté essentiellement sur la distribution des MILD au cours de la routine. L'exécution physique ajustée est de 100 %.

A.1.1 Présentation de la stratégie

Dans le cadre de la routine, les MILD ont été distribuées gratuitement aux femmes enceintes au cours de la Consultation Périnatale (CPN), au premier contact et aux enfants de moins de 1 an ayant reçu le vaccin anti-rougeoleux (VAR) au cours du PEV de routine.

Pour permettre le passage à l'échelle de l'utilisation des MILD, le partenariat entre le secteur privé, le secteur public et la société civile a été renforcé.

A.1.2 Résultats de la mise en œuvre

Les activités mises en œuvre ont porté essentiellement sur la distribution des MILD au cours de la routine et lors de campagnes de masse. L'exécution ajustée est de 96 %.

A.1.2.1 Acquisition des MILD

Le taux d'acquisition moyen des MILD sur les 3 années (routine, campagne) est de 84 % (Tableau 10).

Tableau 10 : Acquisition des MILD de 2013 à 2015

Stratégies	Quantités planifiées 2013-2015	Quantités acquises 2013-2015	Taux d'acquisition (%)
MILD en routine pour enfants <1 an et femmes enceintes	4 679 792	5 150 381	110%
Campagnes de masse	11 557 106	8 539 356	74 %
Total	16 236 898	13 689 737	84 %

Source : Rapport activités annuelles du PNLP, 2013 à 2015

- Pour les campagnes de masse, de 2013 à 2015, sur 11 557 106 MILD prévues 8 539 356 MILD ont été acquises. Les analyses par année montrent une progression significative de 14,1 % en 2013, 32,8 % en 2014 et 53,1 % en 2015. Le taux d'acquisition global sur les 3 années était de 84 %.
- Pour la routine, sur 5 150 381 MILD prévues en 2013 à 2015, 4 679 792 MILD ont été acquises, soit un taux d'acquisition de 110 % sur les 3 années (routine enfants <1an et femmes enceintes) dont 38,8 % en 2013, 40,5 % en 2014 et 41 % en 2015. La progression des taux d'acquisition corrobore avec celle des campagnes de masse et confirme l'effet d'entraînement dû à la subvention du FM.

A. 1.2.2 Distribution des MILD

Sur la base des MILD distribuées de 2013 à 2015, la couverture de la population en 2015 était de 130 % (Tableau 11) si on considère les MILD distribuées au cours de la routine et des campagnes et 90 % si on considère seulement la distribution à travers les campagnes.

Tableau 11 : Distribution des MILD de 2013 à 2015

Stratégie	Quantités de MILD distribuées			Total
	2013	2014	2015	
MILD en routine pour les enfants de<1 an et les femmes enceintes	847 482	1 276 247	1 445 761	3 569 490
Campagnes de distribution MILD	4 000	2 819 921	5 144 287	7 968 208
Total MILD distribuées	851 482		6 590 048	11 537 698
Population du Pays	16 807 003	17 309 001	17 819 000	
Couverture de la population toute distribution confondue de MILD	$(851482*2/Pop) =$ 10 %	$(4 096168+851 482)*2/Pop =$ 57 %	$11 537 698 *2/17 819 000 =$ 129 %	
Couverture de la population par les MILD distribuées lors des campagnes de masse			$7 968 208*2/17819000 =$ 89,43 %	

Pour les campagnes de masse, la distribution a concerné le district de Bamako (Baco-Djicoron, Commune V) les régions de Kayes, Koulikoro, 2 Districts de la région de Mopti (Youwarou, Tenenkou) en 2014 et le District de Bamako, les régions de Sikasso et Ségou en 2015.

A.1.2.3 FFOM de la stratégie « accès universel aux MILD »

Forces

- Bonne expérience dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans de campagne de couverture universelle ;
- Réalisation de 7 campagnes de couverture universelle en MILD entre 2013 et 2015 pour les 5 régions du sud et le district de Bamako ;
- Augmentation de la possession et l'utilisation des MILD dans les ménages (EDSV2012-2013 ; MIS 2015) ;
- Gratuité des MILD.

Faiblesses

- Non disponibilité de MILD dans les structures privées ;
- Trois régions restent à couvrir en MILD de campagne ;
- Insuffisance dans la gestion de stocks des MILD au niveau opérationnel ;
- Mettre des informations sur l'utilisation des MILD ;
- Fragmentation de la campagne annuelle.

Opportunités

- Engagement politique ;
- Accompagnement des partenaires techniques et financiers.

Menaces

- Stratégie tributaire de financements extérieurs ;
- Développement de la résistance aux insecticides ;
- Situation sécuritaire dans le pays.

B. Pulvérisation intra domiciliaire

B.1 Présentation de la stratégie

La PID vise à couvrir au moins 85 % des structures éligibles des districts retenus pour cette intervention. Le PSN 2013-2017, prévoyait sur la période 2013 à 2015 de réaliser des études d'impact environnemental, le renforcement des capacités des parties impliquées, l'organisation d'audits, l'acquisition des intrants et le monitoring des activités.

B.2 Résultats de la mise en œuvre

B.2.1 Exécution physique

L'ensemble des 25 activités de PID planifiées ont été réalisées, soit une performance physique ajustée de 100 %.

Pour la LAL, il était prévu de réaliser des activités de traitement ciblé des gîtes larvaires, la conduite d'activités de recherche opérationnelle et le renforcement de la collaboration entre les différents acteurs

impliqués dans la gestion de l'environnement. Les activités de LAL n'ont pas été réalisées par manque de financement.

B.2.2 Résultats de la PID

La PID a été réalisée dans 3 districts sanitaires de 2013 à 2014. En, 2015 deux districts sur les trois ont été couverts. La population des Districts ciblés par la PID a bénéficié d'une excellente couverture avec une protection d'au moins 97 % entre 2013 et 2015 (Tableau 12).

Tableau 12 : Couverture de la PID par district

Année	District ciblé	Classe insecticide utilisé	Couverture des structures ciblées		Population protégée	
			Nombre traité	%	Nombre protégé	%
2013	Koulikoro, Bla, Baroueli	Carbamate	228 985	98 %	850 104	97 %
2014	Koulikoro, Bla, Baroueli	Carbamate, Organophosphoré	228 123	95 %	854 631	98 %
2015	Koulikoro, Baroueli	Organophosphoré	133 527	98 %	502 453	98 %

Les activités mises en œuvre de 2013 à 2015 sont :

- l'acquisition des équipements et des fournitures pour la PID pour 3 districts (Bla, Koulikoro et Baraouéli) en 2013 et 2014 ;
- l'organisation de 3 réunions techniques du Comité de Pilotage National de la PID par an ;
- la réalisation d'activités de communication sur la PID avec l'implication de mobilisateurs de proximité, des radios communautaires et de la société civile ;
- la gestion des déchets avec utilisation de l'incinérateur de Noumoubougou et recyclage des bouteilles d'organophosphorés en gaines ou en pavées.

B.3 FFOM de la stratégie « Pulvérisation intra domiciliaire »

Forces

- Fort engouement (adhésion) de la population.

Faiblesses

- Activités de PID limitées à deux districts sur 65 ;
- Stratégie financée par un seul partenaire ;
- Faible implication du secteur privé et des collectivités décentralisées.

Opportunités

- Bonne expertise dans la mise en œuvre de la stratégie ;
- Existence d'un plan stratégique de la PID 2015-2019.

Menace

- Coût élevé des insecticides

- Stratégie tribulaire de financements extérieurs ;
- Développement de la résistance aux insecticides.

C. Prévention paludisme chez la femme enceinte

C.1 Présentation de la stratégie

Chez la femme enceinte, en plus de la distribution des MILD au cours des CPN, il est prévu l'application du Traitement Préventif Intermittent (TPI) avec la Sulfadoxine-Pyriméthamine comprimé à raison de 3 doses ou plus pendant la grossesse conformément aux directives nationales.

C.2 Résultats de la mise en œuvre

Les actions développées dans le cadre de la prévention du paludisme chez les femmes enceintes ont concerné surtout les MILD et le TPI lors de la CPN.

C.2.1 Exécution physique

Sur 17 activités planifiées 13 ont été réalisées, soit une performance physique ajustée de 56 % (Tableau 13).

Tableau 13 : Exécution physique de la prévention du paludisme chez la femme enceinte

Intervention	Activités planifiées 2013-2015	Activités réalisées 2013-2015	Performance brute	Performance ajustée
TPI Femmes enceintes	11	8	73 %	56 %
MILD routine	6	5	83 %	63 %
Total	17	13	78 %	56 %

C.2.2 Disponibilité des intrants pour la prévention chez la FE

Les acquisitions en MILD ont été réalisées de façon simultanée pour l'ensemble des activités de distribution de routine chez les femmes enceintes et les enfants de moins d'un an.

Pour le TPI, en moyenne 82 % des doses de SP prévues au cours de la période (2013-2015) ont été acquises (Tableau 14).

Tableau 14 : Acquisition de doses de SP pour le TPI

Item	Année			
	2013	2014	2015	2013-2015
Doses SP/TPI planifiées	1 708 951	1 751 501	1 800 000	5 260 452
Doses SP/TPI acquises	734 667	1 800 000	1 800 000	4 334 667
Taux d'acquisition	43 %	103 %	100 %	82 %

Source : Rapports annuels d'activités du PNLP, 2013 à 2015

Excepté, l'année 2013 où le taux d'acquisition des doses TPI était faible (43 %), 100 % des besoins en doses SP/TPI ont été satisfaits (100 %) en 2014 et 2015.

C.2.3 Distribution des intrants pour la prévention du paludisme chez la FE

C.2.3.1 Distribution des MILD

Pour la période 2013-2015, tous (100 %) les Besoins planifiés ont été acquis. Comme signalé précédemment, les acquisitions pour le FE et enfants de moins d'un 1 an ont été intégrées.

C.2.3.2 Disponibilité des doses TPI

Au cours de la période 2013-2015, 82 % des besoins planifiés ont été acquis. Les quantités distribuées aux formations sanitaires pour les femmes enceintes vues en CPN étaient de 734 667 doses en 2013, 1 668 667 doses en 2014 et 1 735 667 doses en 2015.

C. 3 Renforcement des capacités du personnel

Les compétences du personnel en charge de la CPN ont été renforcées en matière de prévention du paludisme chez la femme enceinte. L'exécution de cette activité a été intégrée aux activités de formations sur la prise en charge des cas. Pour la CPNR 82 % des prestataires ciblés de 2013 à 2015 ont été formés.

C. 4 Couverture des stratégies de prévention du paludisme chez la femme enceinte

Bien que la politique de lutte contre le paludisme ait été révisée en 2013 pour adopter « au moins 3 doses de TPI », sa mise en œuvre n'a été effective qu'à partir de 2014.

Les couvertures de TPI au cours de la période évaluée ont été améliorées (Tableau 15). La couverture de TPI2 est passée de 49 % en 2013 à 57 % en 2015 tandis que celle de TPI3 est passée de 12 % en 2014 à 22 % en 2015.

Tableau 15 : Couverture du TPI chez la femme, 2013 à 2015

Stratégies	Année		
	2013	2014	2015
Femmes enceintes vues en CPN1	623 123	617 666	595 996
TPI 1	448 174	466 362	478 551
TPI 2	306 675	316 859	338 934
TPI 3	—	73 939	130 447
Taux de couverture du TPI2 par année	49 %	51 %	57 %
Taux de couverture du TPI3 par année	NA	12 %	22 %

Source : Annuaire statistique 2013, RA PNLP 2014 et 2015

C.5 FFOM de la stratégie « Prévention du paludisme pendant la grossesse »

Forces

- Disponibilité et gratuité de la SP ;
- Existence de personnels formés ;
- Existence d'un groupe technique de travail paludisme et grossesse au niveau central ;
- Existence des directives.

Faiblesses

- Non supervision de la prise des doses par certains prestataires ;

- Insuffisance dans la gestion des stocks ;
- Faible fréquentation des services de CPN.

Opportunités

- Prise en charge de la totalité des besoins en médicaments par un partenaire.

Menaces

- Stratégie tributaire du financement extérieur.

D. Chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS)

D.1 Présentation de la stratégie

La Chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3-59 mois vivant dans les zones de fortes transmissions saisonnières du paludisme a été introduite dans la politique nationale de lutte contre le paludisme au Mali en 2013. L'application de cette stratégie a été réalisée dans des districts répondant aux critères d'éligibilités conformément aux recommandations de l'OMS.

C'est ainsi que des activités ont été planifiées dans le plan stratégique du PNLP 2013-2017 pour son introduction dans les districts sanitaires éligibles.

D.2 Résultats de la mise en œuvre

L'introduction de la CPS au Mali a commencé en 2012 dans un district pilote. De 2013 à 2015, la CPS a été étendue à 48 districts sanitaires soit un district de plus que les prévisions initiales (Tableau 16).

Tableau 16 : Résultats des campagnes de CPS de 2013 à 2015

Indicateurs	Résultats des campagnes CPS		
	2013	2014	2015
Nombre total de DS	62	63	65
Nombre de DS ciblés par la CPS	5	21	48
Couverture géographique de la CPS	8 %	33%	74 %
Nombre d'enfants attendus	343 752	1 334 282	2 647 679
Proportion d'enfants couverts au 1er passage (nombre de DS)	105 % (5)	104 % (21)	95 % (48)
Proportion d'enfants couverts au 2ème passage	107 % (5)	92 % (21)	96 % (42)
Proportion d'enfants couverts au 3ème passage (nombre de DS)	54 % (2)	60% (12)	62 % (26)
Proportion d'enfants couverts au 4ème passage (nombre de DS)	57 % (2)	36 % (6)	51 % (23)
Partenaires appuyant la mise en œuvre de la CPS au Mali entre 2013 et 2015	MSF France, Unicef	Etat, MSF France, Unicef, MSF-Espagne, PMI, WVI AMCP/ALIMA	Etat, AMCP/ALIMA, MSF France, MSF Espagne, PMI, Unicef, CRS, Save The Children

En 2015, des campagnes de CPS a été conduites dans 73 % des districts sur financement de l'Etat et des partenaires. Ces campagnes ont permis de faire à la recrudescence des cas de paludisme à Bamako et dans les régions du nord.

Sur les 65 DS du Mali, 48 DS ont bénéficié de campagnes de CPS en 2015. Parmi les DS ciblés 23 (51 %) ont bénéficié des quatre passages. La couverture nationale moyenne du 4ème passage parmi les enfants attendus était de 52 % (Tableau 17).

Les régions de Kayes et de Gao ont été celles où la couverture au 4ème passage a été la meilleure avec respectivement 81 % et 125 %. Le déplacement des populations dans la région de Gao pourrait expliquer le dépassement de la cible.

Tableau 17 : Couverture CPS en 2015 par passage et par région sanitaire

Régions	Nombre de districts CPS en 2015	Année de début mise en œuvre de la CPS	Nombre d'enfants 3-59 mois attendus en 2015	Nombre d'enfants 3-59 mois traités au 1er passage (%)	Nombre d'enfants 3-59 mois traités au 2ème passage (%)	Nombre d'enfants 3-59 mois traités au 3ème passage (%)	Nombre d'enfants 3-59 mois traités au 4ème passage (%)
Kayes	7 sur 10	2013	453 103	434 690 (96 %)	459 697 (101 %)	359 304 (79 %)	365 387 (81 %)
Koulikoro	9 sur 10	2013	542 130	552 399 (102 %)	552 157 (102 %)	370 390 (68 %)	163 589 (30 %)
Sikasso	10 sur 10	2012	625 727	624 720 (100 %)	586 268 (94 %)	401195 (64 %)	412 061 (66 %)
Ségou	7 sur 8	2013	443 408	381 293 (86 %)	368 027 (83 %)	300 201 (68 %)	218 076 (49 %)
Mopti	7 sur 8	2013	412 668	365 168 (88 %)	410 478 (99%)	98 468 (24 %)	91 450 (22 %)
Tombouctou	2 sur 5	2013	63 559	67 429 (106 %)	66 663 (105 %)	—	—
Gao	2 sur 5	2014	90 937	94 510 (104 %)	105 482 (116 %)	106 705 (117 %)	113 335 (125 %)
Kidal	4 sur 4	2015	16144	2192 (14 %)	—	—	—
Bamako	0 sur 6	2016	—	—	—	—	—
Pays	48 sur 65		2 647 676	2 522 401	2 548 772	1 636 263	1 363 898
Taux de couverture par passage des enfants				95 %	96 %	62 %	51 %

D.3 FFOM de la stratégie « Chimio prévention du paludisme saisonnier »

Forces

- Nombre de DS couverts par la CPS a passé d'un en 2012 à 48 districts en 2015 ;
- Gratuité de la stratégie ;
- Adhésion de la population à la stratégie ;
- Disponibilité des intrants ;
- Existence des documents normatifs de la CPS (guide RBM, module de formation, supports de collecte des données).

Faiblesses

- Retard dans la mobilisation des ressources ;
- Non prise en compte de la mobilisation sociale de proximité par certains partenaires ;

- Sous notification des effets indésirables liés aux médicaments de la CPS ;
- Non financement de médicaments pour la prise en charge des effets indésirables des médicaments de la CPS.

Opportunités

- Engagement de l'Etat et existence de plusieurs partenaires.

Menaces

- Insécurité dans le pays.

2.2.2.2 Objectif 2 : Réduire la mortalité due au paludisme à un chiffre proche de zéro décès

Les activités évaluées se rapportent à la PEC du paludisme au niveau des FS et au niveau communautaire, notamment le diagnostic parasitologique et le traitement spécifique du paludisme.

Pour cet objectif, 101 activités sur la prise en charge ont été exécutées partiellement ou totalement sur 115 planifiées, soit un taux d'exécution moyen ajusté de 71 %. Les activités réalisées se décomposent comme suit :

- 58 activités réalisées partiellement ou totalement sur 62 planifiées sur la PEC au niveau des FS, soit un taux d'exécution moyen ajusté de 82 % ;
- 43 activités réalisées partiellement ou totalement sur 53 planifiées sur la PEC au niveau communautaire, soit un taux d'exécution moyen ajusté de 59 %.

A. Diagnostic parasitologique du paludisme

A.1 Présentation de la stratégie

Dans le cadre du PSN 2013-2017, il était prévu de mettre en œuvre des activités sur le diagnostic et le traitement du paludisme, aussi bien au niveau des FS qu'au niveau communautaire, notamment l'acquisition d'intrants spécifiques et le renforcement des capacités des prestataires et des structures.

A.2 Résultats de la mise en œuvre

Sur 32 activités planifiées, 29 ont été réalisées, soit un taux d'exécution physique ajustée de 62 % (Tableau 18).

Tableau 18 : Exécution physique des activités de diagnostic du paludisme

Niveau de mise en œuvre	Activités planifiées	Activités réalisées 2013-2015	Performance brute	Performance ajustée
FS publiques	26	23	88 %	63 %
Communauté	6	6	100 %	60 %
Total	32	29	92 %	62 %

A.3 Acquisition des intrants pour le diagnostic biologique

Tableau 19 : Acquisition des intrants de diagnostic biologique

Désignation	2013	2014	2015	Total 2013-2015
Quantité de TDR planifiée pour les FS et ASC	3 848 882	3 406 426	3 705 188	10 960 496
Quantité de TDR acquise pour les FS et ASC	4 101 525	2 563 993	4 381 050	11 046 568
Taux d'acquisition des TDR (%)	107 %	75 %	118 %	101 %
Quantité de TDR distribuée dans les FS et ASC	4 030 919	2 563 993	4 381 050	10 975 962
Taux de distribution aux FS (%)	98 %	100 %	100 %	99 %
Kit de consommables de laboratoire planifiés	1 905	361	348	2 614
Kit de consommables de laboratoire acquis	1 236	675	348	2 259
Taux d'acquisition	65 %	186,98 %	100 %	99,69 %
Microscopes planifiés	71	71	71	213
Microscopes acquis	0	6	0	6
Taux d'acquisition	0 %	8,45 %	0 %	2,81 %

Durant la période évaluée du PSN (2013-2015) sur 10 960 496 TDR prévus 11 046 568 ont été rendus disponibles au niveau des services de prestation soit une proportion de 101% (Tableau 19).

Au cours de la même période, sur 71 microscopes optiques prévus, 6 microscopes ont été acquis en 2014, soit 8,45% au cours de la période 2013-2015.

- Le manuel technique de formation sur le diagnostic biologique du paludisme a été révisé.
- 1 236 kits ont été acquis (lames, colorants, huile à immersion, vaccino-styles, tampon d'alcool) sur 1 905 kits de produits consommables prévus en 2013 soit un taux d'acquisition de 65% pour la réalisation de GE/Frottis au profit de 200 structures sanitaires publiques et parapubliques sur financement du FM.
 - En 2014, sur une prévision de 361, il y a eu une acquisition de 675 soit un taux de 187%.
 - En 2015, le taux d'acquisition est de 100%.
- 48 sur 357 agents de laboratoire du secteur publique et privé ont été formés au diagnostic biologique du paludisme soit un taux d'agents formés de 3,44%.
- Le personnel de laboratoire des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso et du District de Bamako a bénéficié d'une supervision formative en 2015.
- La révision du manuel de prise en charge des ASC a été réalisée 2015.

A.4 Formation des prestataires sur le diagnostic biologique

En raison de la situation sécuritaire, les formations planifiées n'ont pu être organisées.

- **Pour les techniciens de laboratoire**, le taux de réalisation des formations était faible (13%) car il n'y a pas eu de formation en microscopie en 2013 et 2014 (Tableau 20). Toutefois,

le personnel des FS a bénéficié de formation intégrée en PEC y compris les techniques de réalisation des TDR.

- **Pour les ASC**, 651 ont été formés sur la réalisation des TDR CareStart© dans la région de Sikasso. Cette formation n'avait pas été planifiée dans le PSN.

Tableau 20 : Personnels formés sur le diagnostic du paludisme, 2013 à 2015

Type de Formation	2013	2014	2015	Total formé 2013-2015	Total planifié 2013-2015	% formé 2013-2015
Organiser un atelier de recyclage du pool de 40 formateurs centraux sur le diagnostic du paludisme (microscopie, TDR)	—	—		0	40	0 %
Formation des Techniciens de laboratoire	—	—	48	48	357	13 %
Formations d'ASC sur la réalisation des TDR*	—	—	651	651	—	

A.5 FFOM de la stratégie « Diagnostique du paludisme »

Forces

- Existence d'un plan GAS ;
- Disponibilité des TDR pour le diagnostic biologique ;
- Disponibilité du personnel qualifié dans la détection et dans la prise en charge ;
- Contrôle de qualité des intrants systématique ;
- Gratuité des TDR pour toute la population à partir de 2015.

Faiblesses

- Irrégularité dans l'approvisionnement en consommables de laboratoire ;
- Faible taux d'acquisition des microscopes programmés.

Opportunités

- Existence des partenaires de proximité ;
- L'engagement politique des autorités ;
- Existence du SDADME.

Menaces

- La mise en œuvre du volet diagnostic reste tributaire du financement extérieur ;
- Contexte d'insécurité.

B. Traitement spécifique du paludisme

B.1 Présentation de l'intervention

Le traitement antipaludique est fonction de la forme de paludisme et du niveau de la prestation de soins. Il était prévu de renforcer les capacités de PEC, notamment l'acquisition des intrants pour le traitement spécifique et la formation des prestataires de soins.

B.2 Résultats de la mise en œuvre de l'intervention

Sur 83 activités planifiées, 72 ont été réalisées, soit une exécution physique ajustée de 75% (Tableau 21).

Tableau 21 : Exécution physique du traitement du paludisme

Niveau de mise en œuvre	Activités planifiées	Activités réalisées	Performance brute (%)	Performance Ajustée (%)
Formations sanitaires	36	35	97 %	94 %
Communauté (PECADOM)	47	37	79 %	55 %
Total	83	72	87 %	75 %

B.2.1 Acquisition d'antipaludiques et autres intrants pour la PEC du paludisme

Au cours de la période évaluée, 2013 à 2015, le taux d'acquisition moyen des CTA était de 90% (Tableau 22) avec une variation de 63% en 2014 à 130% en 2015 tandis que celui des kits pour le paludisme grave était de 30% avec une variation de 14% (2015) à 58% (2013).

Tableau 22 : Acquisition des intrants de traitement spécifique du paludisme

Designation	2013	2014	2015	Total des 3 ans
Quantité de CTA (AL) planifiée	2 763 086	3 486 556	2 899 665	9 149 307
Quantité CTA (AL) acquise	2 240 580	2 211 118	3 761 319	8 213 017
Taux d'acquisition CTA (AL) (%)		2 899 665	130 %	90%
Quantité de kits de paludisme grave planifiée pour les enfants de moins de 5 ans et les FE (quinine + solutés + perfuseurs)		9 149 307	146 429	456 472
Quantité de kits de paludisme grave acquise pour les enfants de moins de 5 ans et les FE		25 000	20 000	135 900
Taux d'acquisition des kits de paludisme grave pour les enfants de moins de 5 ans et les FE (%)	2 240 580	16 %	14 %	30 %

B.2.2 Formation des prestataires sur la prise en charge du paludisme

La plupart des formations sur la prise en charge des cas de paludisme ont été réalisées mais à des degrés d'exécution variables selon le type et le niveau concerné (Tableau 23).

Tableau 23 : Formation des prestataires en prise en charge du paludisme

Types de Formation	Nombre de personnes prévues	Nombre de personnes formées	Nombre de personnes formées
Formation des formateurs centraux	54	58	107
Formation des formateurs régionaux et Districts	314	150	48
Formation des prestataires (agents de santé) du secteur public	2 300	1 319	57
Total	2 668	1 527	57

Le PNLP a contribué aux sessions de formations sur la SEC réalisées par la DNS. En 2013, 140 ASC avaient été formés dans ce cadre.

B.2.3 Pharmacovigilance

Les 1 319 prestataires sur 810 prévus (163% de taux de réalisation) ont été formés en pharmacovigilance à travers le manuel de prise en charge des cas. Les outils de collecte ont été multipliés et mis à disposition des prestataires. Deux supervisions du niveau central ont été réalisées dans les régions de Kayes, Koulikoro, Ségou, Sikasso et Mopti.

B.3 FFOM de la stratégie “traitement du paludisme grave”

Forces

- Bonne mise en œuvre des stratégies de prévention ;
- Existence d’une politique nationale de gratuité des intrants (GE/TDR et kit de paludisme grave) pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;
- Disponibilité de personnel qualifié dans la prise en charge ;

Faiblesses

- Manque de traçabilité des apports de certains ONG et partenaires dans l’approvisionnement des structures en intrants, équipements ;
- Manque de répertoire des agents formés dans de la plupart des structures sanitaires ;
- Rupture de stocks en intrants.

Opportunités

- Engagement des autorités ;
- Appui des partenaires.

Menaces

- Stratégie tributaire du financement extérieur ;
- Contexte d’insécurité.

B.4 FFOM de la stratégie « PEC du paludisme simple par les Agents de Santé Communautaire »

Forces

- Adoption de la stratégie Soins Essentiels dans la Communauté à travers les ASC.

Faiblesses

- Instabilité des ASC formés ;
- Manque de traçabilité des apports de certains ONG et autres partenaires dans l'approvisionnement des sites ASC en intrants, équipements.

Opportunités

- Mise en œuvre de la stratégie SEC (soins essentiels dans la communauté) à travers les agents de santé communautaire ;
- Engagement des autorités ;
- Appui des partenaires.

Menaces

- Stratégie tributaire du financement extérieur ;
- Non prise en charge des salaires des ASC par l'Etat ou les collectivités décentralisées.

2.2.2.3 Objectif 3 : Renforcer les capacités de gestions managériales du programme

Il s'agit ici d'interventions transversales de soutien. Pour cet objectif, 172 activités ont été exécutées sur 276 planifiées, soit un taux d'exécution moyen ajusté de 48% (Tableau 24).

Les activités évaluées se rapportent aux stratégies transversales de support au programme, à savoir la Gestion du Programme proprement dite, la lutte contre les épidémies de paludisme, l'IEC et le S&E.

Tableau 24 : Exécution physique des interventions transversales

Interventions	Nombre d'activités planifiées	Nombre d'activités réalisées	Performance physique Brut	Performance physique ajustée
Gestion du Programme proprement dite	28	16	57 %	45 %
Lutte contre les épidémies de paludisme	26	12	46 %	37 %
IEC	66	38	58 %	57 %
S&E	156	106	68 %	54 %
Total	276	172	62 %	48 %

A. Gestion et coordination de la lutte contre le paludisme

A.1 Présentation de la stratégie

En plus de l'acquisition de moyens logistiques et matériels par les différents niveaux impliqués dans la lutte antipaludique, plusieurs actions devraient être 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.

Aussi, il a été prévu de former les équipes du PNLP, des DRS et des DS sur des thématiques diverses en vue de les rendre plus compétentes. Tous les niveaux de la pyramide sanitaire et la société civile devraient être des parties prenantes dans la mise en œuvre des activités de lutte antipaludique.

A.2 Résultats de la mise en œuvre

A.2.1 Gestion du programme proprement dite

Sur le plan institutionnel et normatif

- La construction du siège du PNLP est en cours d'exécution.

Sur le plan des ressources humaines

- La formation prévue de 4 membres de l'équipe du PNLP sur la prévision et la quantification des intrants a été réalisée avec l'appui de l'USAID/PMI à travers SIAPS.
- 21 agents de santé (pharmaciens, médecins et autres) ont été formés sur les outils Quantimed et pipeline, cette formation n'est pas programmée dans le PSN.
- Le recrutement d'un assistant Technique pour l'appui managérial au programme par le FM en 2014.

Sur le plan logistique

- Sur 44 ordinateurs prévus dont 24 portables et 20 ordinateurs de bureau, 39 ordinateurs (24 portables, 15 ordinateurs de bureau) ont été acquis. En plus des ordinateurs, 11 imprimantes sur 15 prévus, 2 vidéo projecteurs sur 3 prévus, 38 motos de liaison sur 15 prévues pour le personnel du PNLP et 1 véhicule sur 2 prévus ont été acquis.

Développement du Partenariat autour du PNLP

- La période couverte par l'évaluation a connu la mise en place d'un cadre de collaboration PNLP et coalition du secteur privé, l'organisation de journées d'informations sur la CPS auprès des leaders religieux dans neuf DS et le développement de programme en milieu scolaire sur le paludisme en 2015.

A. 2.2 Gestion des approvisionnements et des stocks (GAS)

- Le SDADME a été adopté en 1995 et mis en œuvre à partir de 1996. Les quatre fonctions clés de la mise en œuvre du SDADME sont l'approvisionnement, la supervision et suivi, le contrôle et l'inspection et l'information et communication.
- Entre 2013 et 2015 le pays a été doté en intrants de lutte contre le paludisme conformément au SDADME.
- En 2013, un groupe technique de quantification a été créé pour l'estimation des besoins en intrants antipaludiques. Ce groupe de quantification est dirigé par la DPM avec l'appui technique et financier de l'USAID/SIAPS. Les besoins en médicaments antipaludiques sont estimés une fois par an par le groupe avec l'appui d'un consultant international. L'achat des quantités d'intrants estimées est assuré par l'Etat à travers la PPM et ses partenaires.
- Une commission nationale assure la réception de tous les intrants destinés au pays. La PPM assure la distribution vers les FS.
- Le suivi de la gestion des stocks des intrants antipaludiques au niveau des FS est assuré par le PNLP en collaboration avec ses services déconcentrés et ses partenaires techniques et

financiers. Une enquête biannuelle est organisée chaque année par le PNLN avec l'appui technique et financier de l'USAID/SIAPS pour s'assurer de la disponibilité, des bonnes pratiques de stockage et de la bonne utilisation des intrants antipaludiques au niveau des formations sanitaires. Ainsi de 2013 à 2015 cinq enquêtes ont été organisées.

- Un comité technique de coordination et de suivi de la gestion des médicaments essentiels (CTCSGME) a été créé en 2013. Ce comité est présidé par le Conseiller Technique chargé de la pharmacie et du médicament au MSHP. En 2013 le manuel de formation sur le Système d'Information en gestion Logistique (SIGL) a été révisé.
- Un pool de 23 formateurs centraux a été formé sur le SIGL des médicaments essentiels en novembre 2013.
- Les gérants des dépôts de vente, les DTC et les chargés SIS des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Bamako ont été formés sur le SIGL des médicaments essentiels en 2014 et 2015.
- Le LNS assure le contrôle de qualité des intrants antipaludiques dans le pays à la réception et périodiquement au niveau des FS en opérant les prélèvements et l'analyse d'échantillons.

A.3 Appui au système de santé

L'essentiel des acquisitions faites au profit de la composante gestion du programme particulièrement le volet S&E profite au système de santé en plus des activités de renforcement du système de santé (RSS) dans le cadre la note conceptuelle en cours de mise en œuvre (diagnostic, approvisionnement, système national d'information sanitaire, renforcement de capacité et SEC).

A.4 FFOM de la gestion du programme proprement dite

Forces

- Existence d'organes multisectoriels de coordination et de suivi du PRODESS à différents niveaux du système (national, régional et district), d'instance de coordination telles que les comités de coordination des activités de lutte contre le paludisme et les groupes thématiques ;
- Elaboration et mise en œuvre des plans d'action annuels au niveau des régions et districts qui intègrent la lutte contre le paludisme ;
- Existence de partenaires en appui au niveau des régions et districts ;
- Mise en œuvre d'un plan de développement socio-sanitaire des DS ;
- Appui financier direct du gouvernement et des partenaires aux districts sanitaires ;
- Disponibilité de documents normatifs dans la plupart des structures de santé ;
- Existence d'un important réseau communautaire (Relais, CSCOM) contribuant significativement dans la lutte contre la maladie en général et le paludisme en particulier.

Faiblesses

- Non-respect du cadre organique de la Direction du PNLN ;
- Insuffisance de personnels qualifiés en matière de lutte contre le paludisme dans certains districts ;
- Faible implication des acteurs des secteurs privés, confessionnel et parapublic dans les activités de lutte contre le paludisme ;

- Irrégularité dans la fonctionnalité des groupes thématiques ;
- Manque de locaux adaptés au niveau du siège du PNLP et dans certaines localités ;
- Insuffisance des moyens logistiques et financiers pour la mise en œuvre des activités à tous les niveaux ;
- Absence de répertoire des agents formés au niveau de certaines régions et districts ;
- Faible collaboration de certains partenaires en matière d'information sur les données et les ressources financières.

Opportunités

- Engagement politique ;
- Détaxe sur les produits et matériels destinées à la lutte contre le paludisme ;
- Collaboration avec plusieurs programmes dont le PEV (distribution des MILD), le programme de Santé de la Reproduction (distribution de MILD, TPI/SP), 'Hygiène et assainissement (lutte anti vectorielle), nutrition (SIAN, distribution des MILD) et lutte contre la filariose lymphatique (Campagne de chimio-prophylaxie du Paludisme Saisonnier : CPS, Maladies Tropicales Négligées : MTN).

Menaces

- Crise économique mondiale,
- Les catastrophes naturelles,
- Dépendance du financement extérieur.
- Persistance de la situation d'insécurité dans le pays et/ou la sous-région.

B. Lutte contre les épidémies et Urgences Paludisme

B.1 Présentation de la stratégie

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 SIMR.

Il a été planifié de renforcer la surveillance épidémiologique, notamment la définition des seuils épidémiques et la redynamisation des sites sentinelles de surveillance, rendre disponibles des stocks d'antipaludiques (pré-positionnés) dans les régions et districts à risque d'épidémie de paludisme.

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

B.2 Résultats de la mise en œuvre

Les activités suivantes ont été réalisées.

- Un pool de formateurs centraux sur la prévention et la lutte contre les épidémies de paludisme a été formé (sessions de Sélingué pour les régions du Sud et de Bandiagara pour les régions du Nord).
- Un guide sur la lutte contre les épidémies de paludisme a été élaboré, multiplié et diffusé.

- Deux districts sanitaires (Bandiagara et Mopti) ont bénéficié d'une définition de leur seuil épidémique par aire de Santé.
- La collecte et l'analyse des données de surveillance hebdomadaire ont concerné tous les 63 districts sanitaires du pays (au lieu des 17 districts à risque d'épidémie).
- La formation sur la détection et la riposte aux épidémies a concerné 32 agents dans les 8 districts de Gao et Kidal.

Au cours de la période couverte, il n'y a pas eu de flambée d'épidémie. Cependant en 2015 une investigation a été menée pour détecter la recrudescence des cas de paludisme à Kidal, Gao, Tombouctou, Bamako et le district de Koutiala.

Chaque année, les antipaludiques ont été pré-positionnés au niveau des districts pour la gestion d'éventuelle épidémie. Ce stock a été renforcé en 2015 par l'OMS pour les 3 régions du nord (kits de prise en charge des cas de paludisme pour 40 000 personnes).

B.3 FFOM Lutte contre les épidémies et Situations d'urgences

Forces

- Existence d'un comité national de lutte contre les épidémies et catastrophes et autres urgences ;
- Existence d'un guide technique de surveillance intégrée de la maladie et de riposte, et d'un module de formation sur les épidémies de paludisme ;
- Existence depuis 2003 d'un système de surveillance hebdomadaire du paludisme dans les trois régions du nord, étendu à toutes les régions à partir de 2010. Une fiche de collecte hebdomadaire des données sur le paludisme est également disponible ;
- Existence de donateurs potentiels en cas de catastrophes et autres urgences.

Faiblesses

- Absence de plan national de lutte contre les épidémies de paludisme ;
- Insuffisance de formation des équipes de districts à potentiel épidémique sur la lutte contre les épidémies de paludisme ;
- Manque de seuil épidémiologique dans plusieurs DS et insuffisance dans la collecte, l'analyse et la transmission des données hebdomadaires sur le paludisme ;
- Insuffisance de collaboration avec les services de météorologie au niveau régional et local ;
- Insuffisance dans la gestion des stocks des antipaludiques pré-positionnés.

Opportunités

- Mise à contribution des NTIC (GSM et internet) ;
- Utilisation des données météorologiques dans la prévision des épidémies.

Menaces

- Changements climatiques ;
- Insécurité dans le pays.

C. Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale

C.1 Présentation de la stratégie

Le plan de communication et de plaidoyer en matière de lutte contre le paludisme 2014-2018 du PNLP, document de référence, s'appuie sur une approche communément appelée la communication stratégique qui accompagne le programme vers ses objectifs ;

Les activités de communication dans le cadre du plan stratégique 2013-2017 concernent des thématiques sur les différentes interventions de prévention et de prise en charge à travers divers canaux de communication ;

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

C.2 Résultats de la mise en œuvre

Les activités suivantes ont été réalisées

Organisation de 9 sessions de plaidoyers dont 7 sur la campagne de distribution de masse en MILD et 2 sur la CPS dans les régions du sud et le district de Bamako à l'intention des leaders politiques administratifs et religieux.

C.2.1 Production d'outils de communication

Dans le cadre de la campagne CPS 2015, mais aussi pour les formations sanitaires et à l'intention du grand public, KJK a reproduit 1000 affiches, 3000 aides mémoires et produits, 1500 boîtes à images, tandis que le FM a financé la conception et la diffusion de 145 spots TV, 196 spots radio sur la lutte contre le paludisme.

C.2.2 Mobilisation sociale

Dans le cadre de la mobilisation sociale, la journée mondiale et la semaine nationale de lutte contre le paludisme ont été célébrées annuellement, des journées d'informations regroupant des leaders ont été organisées sur la CPS dans neuf DS. Des campagnes de mobilisation sociale au cours des campagnes de la CPS et de campagnes de distribution des MILD. La diffusion de messages audio lors des différentes campagnes à travers les radios de proximités a été réalisée en 2015 avec 6 productions radios et 510 diffusions (lors CPS).

Formation de 320 animateurs radio sur le paludisme par le PNLP sur financement FM et KJK

C.3 FFOM de la stratégie Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale

Forces

- Existence d'un groupe technique de communication sur le paludisme (GTCP) ;
- Mise à contribution de l'Agence Nationale de Télémedecine et Informatique Médicale (ANTIM) ;
- Existence de groupe d'écoute et de suivi des messages de la CPS.

Faiblesses

- Retard dans la mise en œuvre du plan de communication ;

- Dissémination du plan de communication pour le niveau régional seulement ;
- Insuffisance de suivi des activités du plan de communication ;
- Faible implication des structures privées dans la promotion des stratégies de prévention, notamment l'acquisition des MILD et l'utilisation du TPI pendant la grossesse ;
- Insuffisance dans le financement des activités du plan de communication ;
- Manque de coordination entre les différents acteurs ;
- Absence d'un plan de marketing et inexistence de personnel qualifié dans le domaine ;
- Faible implication du PNLP dans les activités de communication de certaines autres structures, y compris les ONG.

Opportunités

- Engagement politique au plus haut niveau en faveur de la lutte antipaludique ;
- Potentialité d'appui des partenaires pour le financement des activités de communication ;
- Existence de radios de proximité ;
- Existence de réseaux de communicateurs (RECOMSA et RECOTRADE) ;
- Accompagnement du PRODESS par la société civile.

Menaces

- Insécurité dans le pays ;
- Dépendance du financement des partenaires extérieurs.

D. Suivi Evaluation et Recherche opérationnelle

D.1 Présentation de la stratégie

Le S&E est coordonné par le MSHP et mis en œuvre en étroite collaboration avec les partenaires. Le plan national de S&E 2013-2017 est le document de référence pour le suivi et l'évaluation des performances de la mise en œuvre du PSN2013-2017.

D.2 Résultats de la mise en œuvre

D.2.1 Exécution physique

Plusieurs résultats ont été acquis dans la mise en œuvre des différentes interventions (Tableau 25).

Tableau 25 : Exécution physique du Plan S&E

Interventions	Nombre d'activités planifiées	Nombre d'activités réalisées	Performance physique Brute	Performance physique ajustée
Amélioration des compétences du personnel impliqué dans les activités de lutte antipaludique à tous les niveaux pour une harmonisation des méthodes de S&E	31	21	68 %	64 %
Renforcement du cadre de travail de la division planification et S&E du PNLP et des autres structures impliquées dans la gestion de l'information sur le paludisme	37	24	65 %	35 %
Amélioration de la qualité des outils de collecte de données et de suivi de la mise en œuvre des activités du programme à différents niveaux	11	7	64 %	44 %
Mise en place d'un système d'assurance qualité intégrée des données du paludisme	51	34	67 %	57 %
Constitution de bases factuelles sur le paludisme avec diffusion d'informations stratégiques à différents acteurs, décideurs et partenaires et utilisation de l'information par ceux-ci	26	20	77 %	70 %
Total	156	106	68 %	54 %

D.2.2 Amélioration des compétences du personnel impliqué dans les activités de lutte antipaludique à tous les niveaux

De 2013 à 2015, le taux d'exécution était en deçà de 50% pour toutes les activités prévues du fait de l'insuffisance des financements mobilisés pour cette intervention.

Les formations sur la remontée des données électroniques de paludisme et la gestion des intrants sont réalisées respectivement avec l'appui de l'USAID/PMI à travers MEASURE Evaluation et SIAPS.

Sur un total de 3692 agents 788 ont été formés, de manière intégrée à la PEC des cas, sur la notification des effets indésirables des médicaments (Manuel de formation PEC paludisme) avec l'appui du FM soit un taux de 21,34%

Tableau 26 : Personnel formé sur le S&E, 2013 à 2015

Type de formation	Nombre planifié	Nombre formé (%)
Formation pour 27 agents des équipes régionales et 128 chargés du SIS des DS et hôpitaux sur le suivi évaluation et à l'utilisation des téléphones mobiles	155	47 (30 %)
Formation pour 15 formateurs centraux sur la gestion des données, y compris la base de données paludisme, en une session	15	5 (33 %)
Formation ou mise à niveau de 32 agents chargés du SLIS, points focaux des DRS, des hôpitaux, DS sur la gestion des données du paludisme	157	73 (46 %)
Formation de 153 agents des régions/districts et 2712 agents des CSCOM, structures, privées, parapubliques et confessionnelles à la remontée électronique	2 865	519 (18 %)
Formation de 500 gérants DRC et DV en gestion des intrants avec l'appui de SIAPS	500	144 (29 %)
Total	3 692	788

D.2.3 Renforcement du cadre de travail de la division planification et S&E du PNLP et des autres structures impliquées

Pendant la période couverte, 39 ordinateurs portables sur 100 prévus pour la gestion des données, 12 imprimantes sur 20 prévues, 37 antivirus sur 100 prévus, 28 clés USB sur 100 prévus, 5 disques durs sur 100 prévus, 11 véhicules sur 15 prévus et 63 motos sur 71 prévues ont été acquis. En plus de ces équipements, 101 téléphones mobiles sur 1000 prévus ont été acquis et ont bénéficié d'un abonnement à la connexion internet pour la remontée électronique des données.

D.2.4 Amélioration de la qualité des outils de collecte de données et de suivi du programme à différents niveaux

Au cours de la période 2013-2015, les outils de collecte du SLIS de même que les outils de l'ASC ont été révisés. Des quantités suffisantes de fiches de stocks, de registres de compte rendu de la gestion de stocks, 1500 registres de comptage journalier et les outils de collecte sur la pharmacovigilance ont été reproduits et diffusés.

Deux régions (Mopti et Ségou) et deux districts (Kita et Koulikoro) ont été intégrés au Système numérique d'Information Sanitaire Intégrée (SNISI).

D.2.5 Mise en place d'un système d'assurance qualité intégrée des données du paludisme

En matière d'assurance qualité, une supervision des acteurs impliqués dans le SDADME a été réalisée dans toutes les régions du sud par la DPM avec l'appui d'USAID/SIAPS. En plus, une supervision par l'équipe du niveau central a été réalisée chaque année et le DS de Mopti a été appuyé pour superviser ses CSCom.

Un monitoring de la résistance du Plasmodium à la SP chez les femmes enceintes a été réalisé dans le district sanitaire de San.

Les tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides ont été réalisés dans 13 sites sentinelles par l'USAID/PMI à travers ABS et un test d'efficacité des MILD est en cours de réalisation dans 2 districts sanitaires (Bougouni et Sélingué). Les contrôles de qualité des MILD et des antipaludiques stockés dans les dépôts des formations sanitaires ont été réalisés par le LNS ; Des Mini laboratoires pour le contrôle de qualité des antipaludiques des FS ont été mis à la disposition des équipes des DRS. Chaque produit antipaludique importé et réceptionné a été soumis au contrôle de qualité par le niveau national.

Une revue semestrielle sur la gestion des données avec les acteurs a été organisée dans toutes les régions et le district de Bamako en 2014 et en 2015. Une revue trimestrielle sur la gestion des données acteurs a été organisée dans tous les districts sanitaires en 2014 et en 2015.

D.2.6 Constitution de bases factuelles sur le paludisme

D.2.6.1 Activités réalisées en 2013-2015

En 2014 une étude sur l'efficacité thérapeutique des antipaludiques dans les sites sentinelles a été menée par MRTC, qui a mené aussi en 2015 une étude rétrospective sur l'impact des interventions de lutte contre le paludisme au Mali, de 2000 à 2012. Des évaluations sur la disponibilité et l'utilisation des intrants à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (EUV= End User Vérification) ont été réalisées par année sur financement USAID/SIAPS de 2013 à 2015 (5 sur 6 pour les 3 ans).

Une enquête sur les indicateurs du paludisme (MIS) a été réalisée en 2015 avec l'appui de l'USAID/PMI.

La revue de performance à mi-parcours du PSN de lutte contre le paludisme 2013-2017 a été réalisée en 2015 avec l'appui de l'OMS.

D.2.6.2 Résultats de la visite de terrain

Durant la période évaluée, les équipes cadres des deux DS ont bénéficié de formation sur le S&E et ou la gestion des données de paludisme, respectivement 67% à Kati et 100% à la Commune IV.

Le nombre de supervisions des FS au niveau des deux DS est respectivement de 8,33 % à Kati et 8,33% à Bamako (sur 12 supervisions prévues par DS sur la période, une seule a été réalisée par DS en 2015). La complétude des rapports d'activités dans le DS de Kati et celui de la Commune IV est respectivement de 100% et 100% à Bamako.

D.3 FFOM du Suivi-évaluation et recherche opérationnelle

Forces

- Existence et dissémination du plan de S&E harmonisé 2013-2017 ;
- Mise à disposition d'outils de collecte de données sur le paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Existence d'un système de remontée électronique des données dans 20 districts ;
- Disponibilité de certaines données d'impact et de couverture à jour grâce aux enquêtes réalisées en collaboration avec les partenaires ;
- Existence de sites sentinelles de surveillance ;
- Existence d'un comité national d'orientation impliquant les partenaires pour la coordination des activités du Plan d'action annuel du PNLP ;
- Bonne collaboration du PNLP avec les instituts de recherche notamment dans les domaines en rapport avec la surveillance épidémiologique et les aspects parasitaires et entomologique ;
- Amélioration du système de contrôle des données du paludisme grâce aux EUV, la revue périodique des données à tous les niveaux.

Faiblesses

- Faible implication des acteurs des secteurs privés, confessionnel et parapublic dans les activités de lutte contre le paludisme ;
- Irrégularité dans la fonctionnalité des groupes thématiques ;
- Irrégularité dans la réalisation des supervisions à tous les niveaux ;
- Insuffisance des moyens logistiques et financiers pour la mise en œuvre des activités à tous les niveaux ;
- Absence de répertoire des agents formés au niveau de certaines régions et districts ;
- Non disponibilité de certains documents de lutte contre le paludisme au niveau de certains districts et régions.

Opportunités

- Engagement des autorités ;
- Existence de partenaires pour le suivi/évaluation ;
- Révision des outils du SIS ;
- Passage au DHIS2 ;
- Existence des institutions de recherche ;
- L'approbation de la note conceptuelle 2016-2018.

Menaces

- Rigidité des procédures de certains bailleurs ;
- Part de l'aide extérieure très importante ;
- Incertitude de l'aide extérieur ;
- Moins de 15% du budget d'Etat investis pour les dépenses de santé durant les cinq ans du plan (sources OMS) ;
- Catastrophes et autres urgences.

III. CADRE STRATEGIQUE DU PLAN REVISE (2016-2018)

Le présent plan stratégique national révisé 2016-2018 découle du plan stratégique 2013-2017 dont il respecte tous les aspects. Les objectifs du PSN 2013-2017 sont en étroite ligne avec les orientations de la politique nationale de santé et de population, les axes stratégiques du PDDSS 2012-2021, le CSCRP 2012-2016 et les OMD 2015.

3.1 Vision

“ Un Mali sans paludisme”.

3.2 Mission et principes directeurs

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

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

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

Les principales interventions du PSN 2013-2017 portent visent les objectifs suivants :

- assurer un accès universel aux mesures de prévention pour toute la population à risque de paludisme, notamment l'utilisation des MILD, du TPI chez les femmes enceintes et de la CPS chez les enfants de moins de 5 ans ;

- assurer la protection pour 100% de la population des zones ciblées par la pid ;
- assurer la confirmation biologique (tdr, microscopie) pour 100% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires publiques, parapubliques, confessionnelles, communautaires et privées ;
- assurer la confirmation biologique (tdr) pour 100% des cas suspects de paludisme vus par les agents de santé communautaires ;
- assurer la prise en charge correcte de 100% des cas de paludisme confirmés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et chez les agents de santé communautaires ;
- renforcer un système de surveillance sentinelle (épidémiologique, entomologique) pour les zones à transmission instable de paludisme ;
- renforcer le système de surveillance épidémiologique intégré du paludisme au niveau de tous les districts sanitaires et hôpitaux en vue de produire des données hebdomadaires de qualité permettant de prendre une décision adéquate en cas de nécessité ;
- renforcer la communication en vue d'un changement social et de comportement des populations en faveur de la prévention et de l'utilisation précoce des services de santé en cas de fièvre ;
- redynamiser le système de surveillance et de s&xe des interventions de lutte contre le paludisme, notamment la mise en place d'un système de surveillance de routine fonctionnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris les hôpitaux ;
- renforcer la recherche opérationnelle par des études et des enquêtes sur les interventions de lutte contre le paludisme ;
- renforcer le partenariat « faire reculer le paludisme » pays en vue de mobiliser un financement viable prenant en compte les contributions de l'état et d'autres opportunités de financement ;
- renforcer la collaboration inter-pays en matière de lutte contre le paludisme ;
- renforcer les capacités managériales du programme et les mécanismes de coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

3.3 But, objectifs, résultats attendus

3.3.1 But

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

3.3.2 Objectifs

Le PSN révisé, vise d'ici fin 2018 et au-delà :

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

Résultats attendus du Plan

D'ici fin 2018 et au-delà :

- au moins 80% de la population à risque de paludisme utilisent les mild, y compris les enfants de moins de 1 an et les femmes enceintes ;
- au moins 80% des femmes enceintes ont bénéficié d'une protection par le tpi3 au cours de leur grossesse ;
- au moins 80% des enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées par la cps ont bénéficié d'une protection ;
- au moins 80% des enfants de 0 à 5 ans ont bénéficié d'un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures conformément aux directives nationales ;
- au moins 80% des populations des zones ciblées par la pid ont bénéficié d'une protection ;
- au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés dans les fs ont reçu un traitement conformément aux directives nationales ;
- au moins 90% des patients hospitalisés pour paludisme grave confirmé ont reçu une pec appropriée conformément aux directives nationales ;
- au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés par les agents de santé communautaires ont reçu un traitement antipaludique conformément aux directives nationales ;
- au moins 80% de la population connaissent les mesures de prévention recommandées contre le paludisme ;
- au moins 90% des situations d'urgence et d'épidémies de paludisme sont détectés dans les deux semaines et ont reçu une réponse adéquate conformément aux directives nationales.

IV. INTERVENTIONS ET STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE

4.1 Objectif I : Réduire les décès liés au paludisme à un chiffre proche de zéro

4.1.1 Lutte contre les vecteurs du paludisme

Au cours de ce plan, la lutte contre les vecteurs sera renforcée sur la base des acquis.

4.1.1.1 Les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée

Dans le cadre de la routine, les MILD seront distribuées gratuitement aux femmes enceintes au cours de la CPN (1er contact) et aux enfants de moins de 1 an lors de la vaccination de routine.

Une campagne de masse de distribution des MILD est prévue en 2018 et ciblera toute la population (1 MILD pour 2 personnes). Les MILD porteront une mention qui les distinguera de celles du commerce.

Pour permettre le passage à l'échelle de l'utilisation des MILD, le partenariat entre le secteur privé, le secteur public et la société civile sera renforcé.

4.1.1.2 La pulvérisation intra domiciliaire

La PID sera appliquée tous les ans dans 3 nouveaux DS. Toutes les précautions de sécurité et de gestion des déchets seront prises avant, au cours et à la fin de sa mise en œuvre. Cette intervention sera

mise en œuvre en partenariat avec PMI, les DRS, DS et les communautés. Elle se fera avec une forte implication des collectivités décentralisées et de la société civile.

4.1.1.3 La lutte anti larvaire

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

4.1.2. Prévention du paludisme au cours de la grossesse

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

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

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

4.2 Objectif II : Réduire les cas de paludisme d'au moins 75% par rapport à 2000

4.2.1 Diagnostic et prise en charge du paludisme

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

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

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

Le traitement du paludisme simple chez la femme enceinte serait réalisé comme suit :

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

Pour les cas graves confirmés, des kits spéciaux gratuits seront mis à disposition pour le traitement des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes.

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

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

- la Quinine injectable au cours du premier trimestre ;
- l'Artésunate ou l'Artémether ou la Quinine injectable à partir du deuxième trimestre.

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

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

Pour le niveau communautaire, des ASC seront formés ou mis à niveau sur la PECADOM et assureront la PEC du paludisme simple après confirmation par les TDR.

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

4.3 Objectif III : Renforcer les capacités de coordination et de gestion du Programme

4.3.1 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.

4.3.2 Ressources humaines

Le programme National de lutte contre le Paludisme dispose d'environ une quarantaine et plus d'agents tous engagés pour la lutte contre le paludisme. Ci-jointe la liste du personnel du Programme.

Tableau 27 : Liste Nominative Du Personnel Du PNLN

N°	Noms & Prenoms	Corps	Specialite	Poste Actuel
1	Diakalia Kone	Médecin	Santé publique	Directeur
2	Dr Bore Saran Diakite	Médecin	Santé publique/gestion de la santé de la reproduction	Directrice adjointe
3	Belco Sidibe	Inspecteur des finances	Comptabilité	Chef de l'Unité administrative et financière
4	Madina Konate	Médecin	Santé publique	Chef division planification et suivi-évaluation
5	Bambi Ba	Médecin	Généraliste	Intérim chef division surveillance épidémiologique et recherche
6	Mory Camara	Journaliste	Journaliste	Chef division communication et mobilisation sociale
7	Seydou Fomba	Médecin	Santé publique	Chef division prévention et prise en charge des cas
8	Baba Cisse	Médecin		Chargé de statistiques
9	Dr Souleymane Vincent Sanogo	Pharmacien	Pharmacien générale	Chargée de la PEC des cas
10	Seybou Coulibaly	Médecin	Generaliste	
11	Abdourahamane Moussa Dicko	Entomologiste	Entomologiste	Chargé de lutte anti-vectorielle
12	Bohy Dembele	Administrateur action sociale	Administrateur de l'action sociale	Chargé de la communication
13	Pascal Dembele	Assistant médical	Santé publique	
14	Mah Doumbia	Assistant médical	Santé publique	Sites sentinelles et recherches
15	Mariam Diakite	Inspectrice jeunesse et des sports	Anthropologue	Division surveillance épidémiologique et recherche
16	Fatoumata Diaty Toure	Assistant médical	Biologiste	Chargée diagnostic biologique/ PEC des cas
17	Suzanne Sogoba	Administrateur action sociale	Administrateur action sociale	Chargée PTI/SP chez la femme enceinte
18	Assitan Dembele	Assistant médical	Santé publique	

N°	Noms & Prenoms	Corps	Specialite	Poste Actuel
19	Sitan Traore	Entomologiste	Entomologiste	Chargée des sites sentinelles et recherches
20	Daniel Traore	Ingénieur Sanitaire	Ingénieur sanitaire	Lutte contre les épidémies
21	Dr Mariam Tall	Médecin	Epidémiologiste	Chargée de la prévention
22	Maïmouna Thera	TS	Travail social	Chargée de la mobilisation sociale
23	Aminata Traore	Secrétaire d'administration	Secrétaire	Chef du secrétariat général
24	Aïssata Dossou	SF	Sage femme	Prévention/prévention
25	Aïssata Cisse	Contrôleur des Finances	Comptabilité	Comptable matières
26	Balkissa Sall	Attachée d'administration	Secrétariat	Chargée du courrier départ
27	Amadou Diarra	Animateur Social	Animateur social	Division communication et mobilisation sociale
28	Ramatou Sidibe	Comptable	Comptabilité	Comptable
29	Fatoumata Haïdara	Assistante Administrative	Secrétariat	Chargée du courrier arrivée
30	Abdoulaye Diakite	Chauffeur	Poids-lourd	Chauffeur
31	Kassoum Mariko	Chauffeur	Poids-lourd	Chauffeur
32	Labasse Fofana	Chauffeur	Poids-lourd	Chauffeur
33	Soumaïla Abdoulaye Sall	Chauffeur	Poids-lourd	Chauffeur
34	Ousmane Sanogo	Chauffeur	Poids-lourd	Chauffeur
35	Amadou Ireogon	Chauffeur	Poids-lourd	Chauffeur
36	Oumar Fofana	Chauffeur	Chauffeur	Chauffeur
37	Ouaraba Sountoura	Aide Comptable	Aide comptable	Standardiste
38	Abdoulaye Coulibaly	Ronéotypiste	Ronéotypiste	Ronéotypiste
39	Samba Traore	Aide Comptable	Aide comptable	Planton
40	Abdoulaye Mazou	Planton	Planton	Planton
41	Ahamadou Almoudou	Gardien	Gardien	Gardien

4.3.3 Renforcement institutionnel de la coordination du Programme

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

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

4.3.4 Structure organisationnelle

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

- Le Comité de suivi du PRODESS qui est présidé par le Ministre de la Santé (MS), avec comme vice-présidents un représentant des partenaires techniques et financiers et un représentant de la société civile. Il est composé des représentants des services de la superstructure administrative, des services centraux, des services rattachés, des services personnalisés, des représentants des autres départements et des collectivités territoriales et des

partenaires techniques et financiers (au plus haut niveau). Il se réunit une fois par an selon les besoins. Il est l'organe de suivi du PRODESS.

- Le Comité technique du PRODESS qui est présidé par le Secrétaire Général du MSHP et composé des représentants de tous les services centraux et des partenaires techniques et financiers du PRODESS. Il se réunit une fois par semestre. Il est l'organe technique de coordination du programme sectoriel.
- Le comité de pilotage du PRODESS qui est présidé par le Secrétaire Général du MSHP, et qui regroupe les services techniques centraux et les représentants de la société civile. Il se réunit tous les deux mois pour suivre la mise en œuvre du programme afin de lever régulièrement les goulots d'étranglements, les contraintes et les obstacles.
- Les journées d'évaluation et de planification qui sont présidées par le Ministre de la Santé et qui regroupent les représentants des services de la superstructure administrative, les services centraux, les services rattachés et les services personnalisés. Elles ont lieu une fois par an avant la deuxième réunion du comité technique.

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

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

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

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

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

4.3.5 Renforcement des capacités

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

4.3.6 Planification et mise en œuvre

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

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

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

Des réunions semestrielles (Taskforce) 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.

4.3.7 *Coordination des partenariats*

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

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

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

4.3.8 *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. 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 grossistes répartiteurs privés.

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

Le plan de S&E 2016-2018 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 2016-2018 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 2016-2018.

5.2 Suivi des progrès

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 y compris avec la société civile et le secteur privé. Les supervisions par les différents niveaux permettront de renforcer les capacités des prestataires et surtout de corriger à temps les insuffisances notées (rencontres de validation des données de morbidité et de gestion des médicaments et autres intrants).

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

5.3. Evaluation de l'impact et des résultats

5.3.1 Utilisation des données de routine

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

La RPP finale du PSN débutera en fin 2018. Elle permettra d'évaluer les performances de la mise en œuvre des différentes interventions, les forces et faiblesses et surtout de faire des recommandations pour le PSN 2019-2023.

5.3.2 Evaluation de l'impact

Les évaluations de l'impact des interventions de lutte se feront tout au long de la mise en œuvre du PSN et à la fin de l'année 2018. Les principales enquêtes nationales d'évaluation sont le MIS, le MICS, l'EDS et les enquêtes dans les FS.

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

Le Mali présente plusieurs faciès épidémiologiques palustres avec des zones à risque d'épidémie surtout la zone sahélo saharienne dont les régions de Gao, Tombouctou, Kidal, Kayes, Ségou, Mopti et Koulikoro. Les limites de ces zones seront redéfinies. La gestion de l'épidémie se fera dans le cadre du système de la SIMR.

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

En cas d'épidémie, les d'urgence suivantes seront exécutées de façon simultanée :

- le traitement complet en 3 jours des cas de paludisme simple par les cta ;
- le traitement des cas graves par l'artésunate ou l'artémether ou la quinine injectables;
- la destruction des gîtes larvaires par l'utilisation des larvicides ;

- la distribution de mild ;
- la pid.

5.3.4. Plaidoyer, IEC et Mobilisation Sociale

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

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

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

5.3.5. Surveillance, Suivi & Evaluation et Recherche opérationnelle

Le S&E est coordonné par le MSHP et mis en œuvre en étroite collaboration avec les partenaires. A ce titre, le Ministère suivra les progrès enregistrés par rapport à la mise en œuvre des stratégies et activités pour l'atteinte des objectifs fixés en examinant leurs résultats et leur impact sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme.

Le plan national de S&E 2016-2018 sera le document de référence pour la mise en œuvre du PSN 2016-2018.

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

5.3.6. Gestion des ressources financières

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

Dans le cas spécifique de la note conceptuelle du FM, sa gestion est décrite dans le manuel de procédures convenu entre le FM et le bénéficiaire principal.

Les autres partenaires (SNU, USAID/PMI) appliquent chacun des procédures de gestion propres à leur organisation.

VI. BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT

6.1. Résumé du budget par intervention

Tableau 28 : Résumé du budget par intervention

N° Objectif	Intervention	2016	2017	2018	Total (CFA)	%
1	PEC	20 082 207 269	10 734 900 754	6 119 357 795	36 936 465 818	38,92
2	PFE	8 323 300 359	3 290 264 234	6 475 069 467	18 088 634 060	19,06
3	LAV	5 214 044 155	4 595 487 736	5 009 995 223	14 819 527 114	15,62
4	LCEP et SU	1 696 226 711	130 766 338	97 511 286	1 924 504 335	2,03
5	C&MS	3 561 200 000	3 610 180 000	3 554 500 000	10 725 880 000	11,30
6	S/E&RO	4 346 771 602	3 487 094 501	3 222 278 329	11 056 144 432	11,65
7	C&RI/PNLP	202 128 554	960 298 972	187 928 545	1 350 356 071	1,42
Total général		43 425 878 650	26 808 992 535	24 666 640 645	94 901 511 830	100

6.2. Résumé du budget par catégorie de coût

Tableau 29 : Résumé du budget par catégorie de coût

Catégories de coût	2016	2017	2018	Total
Formation et Recherche (Ressources humaines)	2 489 689 211	1 211 477 641	1 163 433 331	4 864 600 183
Consommables (Produits, médicaments et réactifs)	16 365 713 115	7 153 580 910	8 249 285 135	31 768 579 160
Gestion des achats et des stocks	6 830 558 412	1 774 966 653	5 745 398 260	14 350 923 325
Suivi et Evaluation (Fonctionnement hors salaires)	4 189 868 418	3 854 904 103	3 464 498 344	11 509 270 865
Communication et mobilisation sociale	3 350 471 010	3 405 613 648	3 347 000 000	10 103 084 658
Assistance technique	21 000 000	6 000 000	21 000 000	48 000 000
Equipements	2 408 153 223	2 739 832 000	2 025 832 000	7 173 817 223
Fonctionnement hors salaires	7 754 031 262	6 679 011 579	650 193 575	15 083 236 416
Total général	43 409 484 651	26 825 386 534	24 666 640 645	94 901 511 830

VII. MOBILISATION DES RESSOURCES

7.1 Cartographie des donateurs et stratégie de mobilisation des ressources

Tableau 30 : Résumé du budget par partenaire

Étiquettes de lignes	2016	2017	2018	Total	%
Etat	2 042 396 000	2 246 635 000	3 369 953 000	7 658 984 000	12,08 %
USAID/PMI	12 500 000 000	12 500 000 000	12 500 000 000	37 500 000 000	59,13 %
Autres partenaires (UNICEF, Save The Children, CRS, etc)	12 528 749 001	232 000 0003	232 000 0000	12 992 749 001	13,69 %
FM	16 338 339 650	10 830 357 535	8 564 687 645	35 733 384 830	56,35 %
Total disponible	43 409 484 651	25 808 992 535	24 666 640 645	93 885 117 831	148,07 %
Total général PSN	43 409 484 651	26 825 386 534	24 666 640 645	94 901 511 830	100 %
Montant à chercher	0	1 016 393 999	0	1 016 393 999	0 %

7.2. Analyse des écarts budgétaires du PSN 2016-2018

Tableau 31 : Résumé de l'analyse des écarts budgétaires

Sources financements	2016	2017	2018	Total
A. Budget total du Plan stratégique nation	43 409 484 651	26 825 386 534	24 666 640 645	94 901 511 830
B. Ressources nationales actuelles et futures	2 042 396 000	2 246 635 000	3 369 953 000	7 658 984 000
C. Ressources extérieures actuelles et futures	41 350 694 108	23 562 357 535	21 296 687 645	86 209 739 288
D. Ressources totales actuelles et futures (B+C)	43 409 484 651	25 808 992 535	24 666 640 645	93 885 117 831
E. Ecart financier (A-D)	0	1 016 393 999	0	1 016 393 999

Le budget total du plan stratégique 2016 - 2018 s'élève à 94 901 511 830 F CFA dont les ressources nationales actuelles et futures représentent 7 658 984 000 FCFA soit 8,07%. La plus forte contribution reste les ressources extérieures actuelles et futures pour un montant de 86 209 739 288 F CFA soit 90,84% et un GAP en 2017 de 1 016 393 999 soit 1,07%.

Les plus fortes contributions viennent de l'USAID/PMI pour 37 500 000 000 F CFA soit 39,51% et le Fonds Mondial pour 35 733 384 830 F CFA soit 37,65%. Les deux partenaires totalisent 77,16% du financement total du plan stratégique 2016 – 2018. Ainsi les autres partenaires importants comme (l'UNICEF, CRS, SAVE THE CHILDREN etc.) totalisent 12 992 749 001 F CFA soit 13,69%.

Les ressources sont programmées à hauteur de 33,48% dans l'achat de médicaments, réactifs et consommables médicaux et à la gestion des achats et stocks, la formation avec respectivement 15,12% et 5,12% et les autres rubriques totalisent ensemble 46,12%

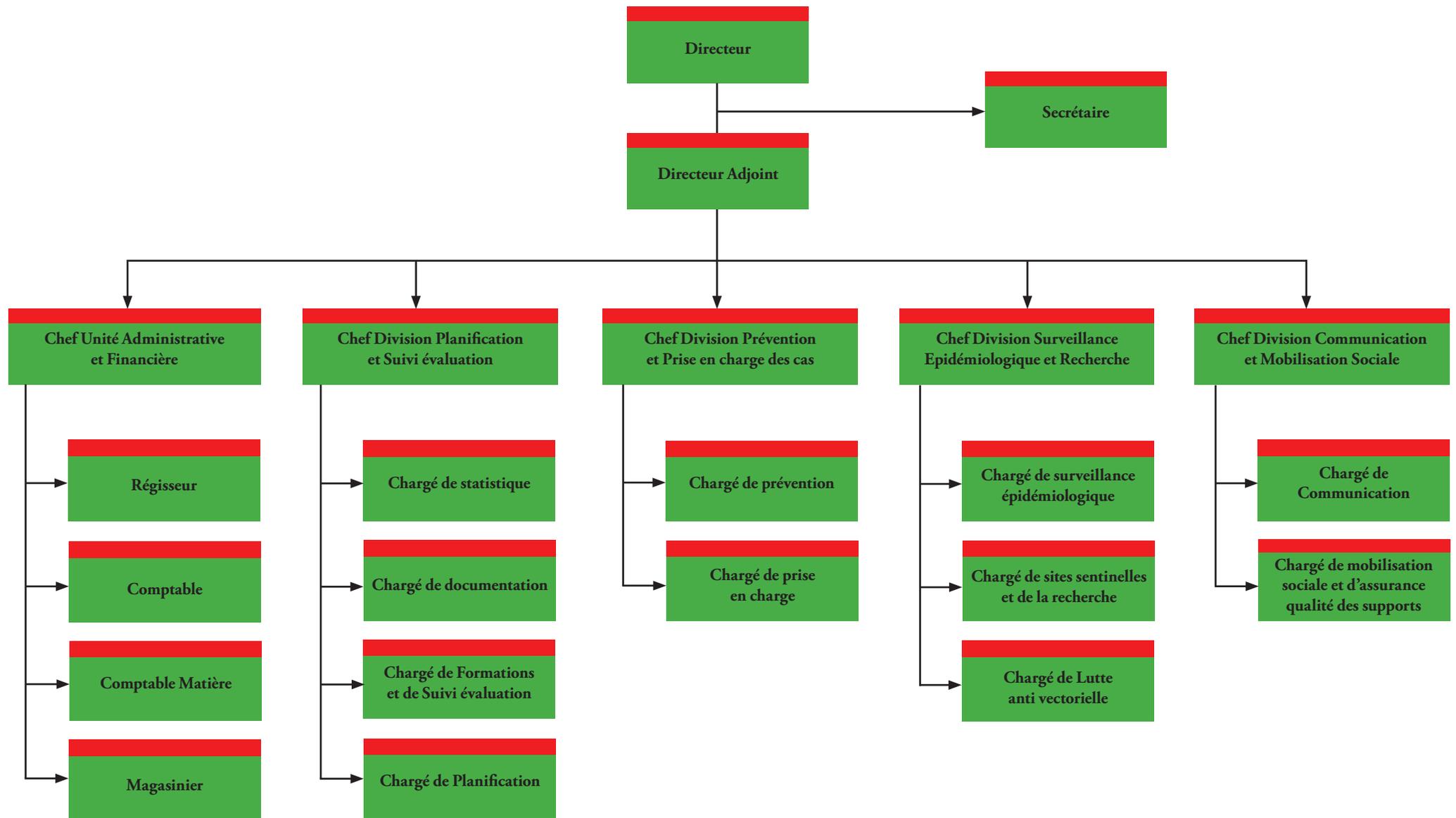
VIII. BIBLIOGRAPHIE

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 2007-2011, OMS et PNLP ;
8. Note conceptuelle FM paludisme 2016-2018, Fonds Mondial et PNLP.

IX. 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 2016-2018

9.1 Organigramme du PNL



9.2 Plan de mise en œuvre

9.2.1. Prise en charge correcte des cas de paludisme

N°	Activités	Chronogramme			Responsable	Partenaires potentiels
		2016	2017	2018		
1	Acquérir 9 218 395 traitements CTA pour les structures de santé à tous les niveaux	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI, FM
2	Assurer la disponibilité des CTA au niveau des services de prestation (7,5% du prix global)	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI, FM
3	Acquérir 3 434 841 flacons d'artésunate 60 mg injectable pour la prise en charge des cas de paludisme grave chez les enfants < 5 ans	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
4	Assurer la disponibilité de l'artésunate 60 mg injectable au niveau des services de prestation (7,5% du prix global)	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
5	Acquérir 1 717 420 flacons d'artésunate 60 mg injectable pour la prise en charge des cas de paludisme grave chez les femmes enceintes à partir du 2 ^{ème} trimestre de la grossesse	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
6	Assurer la disponibilité de l'artésunate 60 mg injectable au niveau des services de prestation (7,5% du prix global)	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
7	Acquérir 98 236 kits pour la prise en charge des cas de paludisme grave chez les femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse (quinine injectable, quinine comprimé 300 mg glucosé 10%, perfuseur, cathéter, seringue, antipyrétiques, diazépam)	X	X	X	PNLP	ETAT
8	Assurer la disponibilité des Kits de paludisme grave chez les femmes enceintes au niveau des services de prestation (7,5% du prix global)	X	X	X	PNLP	ETAT
9	Acquérir 3 370 kits essentiels de consultation (tensiomètre, thermomètre, stéthoscope, otoscope, lampe torche, balance, abaisses langue)	X			PNLP	ETAT
10	Assurer la disponibilité des Kits essentiels de consultation au niveau des services de prestation (7,5% du prix global)	X			PNLP	ETAT
11	Acquérir les 12 424 717 Tests de Diagnostic Rapide (TDR) pour les structures de santé	X	X	X	PNLP	USAID/PMI
12	Assurer la disponibilité des TDR au niveau des services de prestation (7,5% du prix global)	X	X	X	PNLP	USAID/PMI
13	Acquérir 71 microscopes optiques	X			PNLP	ETAT, FM
14	Assurer la disponibilité des microscopes au niveau des services de prestation (15% du prix global)	X			PNLP	ETAT, FM
15	Acquérir 1 757 kits produits consommables pour la réalisation de GE/Frottis à 200 structures publiques, parapubliques (Lames, colorants, huile à immersion, vaccino-stylo, tampon d'alcool)	X	X	X	PNLP	ETAT
16	Assurer la disponibilité des Kits au niveau des services de prestation pour la réalisation des GE/FM (15% du prix global)	X	X	X	PNLP	ETAT
17	Reproduire 1 685 exemplaires du manuel technique sur le diagnostic biologique du paludisme (y compris les planches en couleur)	X			PNLP	ETAT

N°	Activités	Chronogramme			Responsable	Partenaires potentiels
		2016	2017	2018		
18	Réviser les directives sur la PEC des cas de paludisme (2 ateliers de 5 jours pour 30 pers)	X			PNLP	ETAT
19	Reproduire 304 directives sur la PEC des cas de paludisme	X			PNLP	ETAT
20	Organiser des ateliers de formation/mise à niveau 357 personnels de laboratoire du secteur public et privé au diagnostic biologique du paludisme en 18 sessions	X	X		PNLP	ETAT
21	Assurer la supervision formative du personnel de laboratoire (233 structures par an)	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/Malaria care, FM
22	Organiser 152 sessions de formation/mise à niveau de 3800 prescripteurs du secteur public/privé sur la PEC du paludisme (25 pers par session)	X			PNLP	ETAT, USAID/Malaria care, FM
23	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		PNLP	ETAT, USAID/Malaria care, FM
24	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		PNLP	ETAT, USAID/Malaria care, FM
25	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		PNLP	ETAT
Prise en charge dans la communauté						
26	Acquérir 34 671 capsules rectales pour le traitement en pré transfert des cas graves au niveau communautaire (Artésunate suppo)	X	X	X	PNLP	FM
27	Assurer la disponibilité des intrants (Artésunate suppositoire) pour le traitement en pré transfert des cas graves au niveau communautaire (7,5% du prix global)	X	X	X	PNLP	FM
30	Appuyer la reproduction de 4900 exemplaires de modules de formation des ASC	X	X	X	DNS	FM
31	Organiser une journée d'information à l'intention de 5000 radiothérapeutes sur la reconnaissance des symptômes du paludisme et la référence précoce des cas graves (200 sessions d'1 jour)	X	X	X	PNLP	ETAT, OMS
32	Appuyer la prise en charge des frais des activités de suivi à domicile de 1 500 ASC (VAD pour le suivi des cas de paludisme, IEC, utilisation des MILD et TPI, Actualisation des données démographiques) 40 000 FCFA/ASC/mois	X	X	X	DNS	FM
34	Appuyer la formation de 2347 ASC sur la prise en charge des cas simple et la référence précoce des cas graves de paludisme	X			PNLP	FM
35	Appuyer la mise à niveau 1 440 ASC sur la prise en charge des cas simple et la référence précoce des cas graves de paludisme			X	PNLP	FM
36	Appuyer les structures sanitaires des régions de Sikasso et Mopti (Hôpitaux, CSRef et CScom) en personnel pendant la saison de haute transmission (formation et salaire pendant 6 mois)	X	X	X	PNLP	Etat

9.2.2 Prévention du Paludisme chez la femme enceinte

N°	Activités	Chronogramme			Responsable	Partenaires potentiels
		2016	2017	2018		
1	Acquérir 967 563 doses de SP pour le TPI chez les femmes enceintes vues en CPN	X	X	X	PNLP	USAID/PMI, UNICEF
2	Assurer la disponibilité de la SP au niveau des services de prestation (7,5% du prix global)	X	X	X	PNLP	USAID/PMI, UNICEF
3	Acquérir 3 760 134 MILD pour les femmes enceintes vues en CPN (Routine)	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
4	Assurer la disponibilité des MILD au niveau des services de prestation (7,5% du prix global)	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
5	Organiser un atelier de mise à jour du guide technique sur la prévention du paludisme pendant la grossesse (30 pers pendant 5jr)	X			PNLP	ETAT, USAID/PMI
6	Reproduire 2 342 exemplaires du guide technique sur la prévention du paludisme pendant la grossesse	X			PNLP	ETAT, USAID/PMI
7	Appuyer la formation/mise à niveau de 600 prestataires en CPN recentrées (34 sessions de 5 jours pour 30 pers)	X		X	DNS	ETAT, USAID/PMI
8	Appuyer les activités avancées CPNR par les 1 354 CCom	X	X	X	DNS	ETAT, USAID/PMI

9.2.3 Lutte anti vectorielle

N°	Activités	Chronogramme			Responsable	Partenaires potentiels
		2016	2017	2018		
1	Organiser un atelier d'élaboration de la stratégie nationale de lutte antivectorielle contre le paludisme (29 pers pdt 10 jours)	X			PNLP	FM
2	Organiser un atelier national de validation du document de la stratégie de LAV (40 pers pendant 2 jrs)		X		PNLP	FM
3	Reproduire et diffuser à tous les niveaux 2 000 exemplaires de la stratégie nationale de LAV		X		PNLP	FM
MILD						
4	Acquérir 18 234 460 MILD pour les campagnes de distribution aux populations des zones à risque de paludisme (couverture universelle)	X		X	PNLP	ETAT, FM, USAID/PMI
5	Assurer le stockage et les coûts opérationnels de la campagne MILDA au niveau communautaire (25% du prix global)	X		X	PNLP	ETAT, FM, USAID/PMI
6	Acquérir 7192767 MILD pour la distribution lors du PEV de routine chez les enfants < 1an des zones à risque de paludisme	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
7	Assurer la disponibilité des MILD dans les formations sanitaires pour la routine (7,5% du prix global)	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
8	Acquérir 3, 760,134 MILD pour les femmes enceintes vues en CPN (Routine)	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
9	Assurer la disponibilité des MILD au niveau des services de prestation (environ 7,5% du prix global)	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI

N°	Activités	Chronogramme			Responsable	Partenaires potentiels
		2016	2017	2018		
PID						
1	Acquérir des équipements et des fournitures pour la PID dans 3 districts par an	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
2	Acquérir l'insecticide pour la PID	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
3	Organiser tous les ans 3 réunions techniques du Comité de Pilotage National de la PID (20 personnes)	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
4	Organiser l'opérationnalisation et la pulvérisation et frais administratifs (y compris inspection environnementale et suivi entomologique)	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
5	Assurer la formation et la supervision des agents impliqués	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
6	Organiser la mobilisation communautaire pour la PID	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
7	Suivi et reporting	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
8	Gestion des déchets PID (collecte, entreposage, incinération)	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI
9	Réaliser un audit environnemental externe	X			PNLP	ETAT, USAID/PMI
Lutte anti larvaire						
1	Identifier et cartographier les gîtes larvaires productifs		X	X	PNLP	ETAT, OOAS
2	Faire une étude de base sur les aspects entomologiques, parasitologiques et environnementaux pour la LAL	X	X	X	PNLP	ETAT, OOAS
3	Acquérir 20 kits de traitement des gîtes larvaires pour les districts sanitaires ciblées	X	X	X	PNLP	ETAT, OOAS
4	Acquérir tous les ans 800 kg d'insecticides larvicides pour le traitement ciblé de gîtes larvaires ciblés	X	X	X	PNLP	ETAT, OOAS
5	Organiser chaque année la campagne de traitement ciblé des gîtes larvaires	X	X	X	PNLP	ETAT, OOAS
6	Appuyer tous les ans des campagnes d'assainissement dans les zones urbaines (Destruction des gîtes).	X	X	X	PNLP	ETAT, OOAS

9.2.4 Lutte contre les épidémies de paludisme et les situations d'urgence

N°	Activités	Chronogramme			Responsable	Partenaires potentiels
		2016	2017	2018		
1	Faire une analyse de situation des cas notifiés de paludisme sur 5 ans pour déterminer le seuil épidémiologique par district sanitaire	X			PNLP	FM USAID/MEASURE OMS
2	Elaborer le plan national de lutte contre les épidémies de paludisme	X			PNLP	FM
3	Organiser l'atelier de validation du plan national de lutte contre les épidémies de paludisme	X			PNLP	FM, OMS
4	Organiser un atelier de formation pour le pool de formateurs centraux sur la prévention et la lutte contre les épidémies de paludisme	X			PNLP	FM, ETAT
5	Reproduire en 180 exemplaires le plan national de lutte contre les épidémies de paludisme.	X			PNLP	FM
6	Organiser 9 ateliers de dissémination du Plan national de lutte contre les épidémies de paludisme au niveau régional	X	X		PNLP	FM, ETAT, OMS
7	Elaborer un guide technique sur la lutte contre les épidémies de paludisme	X			PNLP	ETAT, OMS, FM
8	Reproduire le guide technique sur la lutte contre les épidémies de paludisme.	X			PNLP	FM, ETAT, OMS
9	Appuyer tous les ans le recyclage des relais communautaires des districts à risque épidémique de paludisme sur le système de surveillance épidémiologique	X	X	X	DNS	FM, ETAT, OMS
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	FM, ETAT, OMS
11	Former 510 agents dans les 17 districts à risque d'épidémie sur la détection et la riposte des épidémies en 18 sessions	X	X	X		FM, ETAT, OMS
12	Organiser tous les ans une revue de bilan et de planification dans les 17 districts à risque d'épidémie de paludisme à la veille de la saison des pluies avec l'appui du niveau national et régional	X	X	X	PNLP	FM, ETAT, OMS
13	Appuyer tous les ans les investigations des épidémies de paludisme	X	X	X	PNLP	ETAT, FM, OMS
14	Pré positionner tous les ans des antipaludiques pour les épidémies de paludisme	X	X	X	PNLP	ETAT, FM
15	Organiser des rencontres périodiques transfrontalières sur la lutte contre le paludisme	X	X	X	PNLP	ETAT, FM, OMS

9.2.5 Communication et mobilisation sociale sur le paludisme

N°	Activités	Chronogramme			Responsable	Partenaires potentiels
		2016	2017	2018		
1	Reproduire 500 exemplaires du plan stratégique de communication sur le paludisme 2014-2018	X			PNLP	USAID/PMI/KJK
2	Organiser 3 ateliers de dissémination du plan stratégique de communication 2013-2017 dans les régions de Gao, Tombouctou et Kidal	X			PNLP	ETAT, UNICEF
3	Appuyer le fonctionnement du groupe de travail multidisciplinaire de communication sur le paludisme une fois par trimestre	X	X	X	PNLP	USAID/PMI/ KJK
4	Commémorer tous les ans la journée mondiale du paludisme	X	X	X	PNLP	ETAT, OMS, UNICEF, USAID/PMI, SECTEUR PRIVE
5	Former/Mettre à niveau 124 animateurs des radios de proximité sur la lutte contre le paludisme (1 jour/session pour 4 sessions)		X		PNLP	FM
6	Diffuser tous les ans les 1550 spots TV sur le paludisme (PEC, PECADOM, TPI, MILD) en 5 langues nationales	X	X	X	PNLP	FM
7	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	FM
8	Assurer le suivi de la diffusion des spots dans les grilles des programmes des radios communautaires	X	X	X	PNLP	FM
9	Organiser une journée d'information avec la presse tous les semestres sur le partage des résultats de la lutte contre le paludisme (50 journalisâtes)	X	X	X	PNLP	FM
10	Participer à 06 séminaires internationaux de renforcement de capacités en communication sur la lutte contre le paludisme (02 par an)	X	X	X	PNLP	ETAT, FM USAID/PMI, OMS, UNICEF
11	Evaluer l'impact des campagnes de mobilisation sociales sur le paludisme en 2017		X		PNLP	USAID/PMI, UNICEF
12	Créer et soutenir des comités de veille sur le paludisme au niveau communal (1 comité par commune)	X	X	X	PNLP	FM
13	Produire un bulletin trimestriel pour le PNL	X	X	X	PNLP	FM
14	Assurer la communication et l'information par l'entremise des médias électroniques et sociaux (site web, face book, twitter, LinkedIn ...)	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI, FM
15	Redynamiser le système de compétition entre les structures de santé en faveur de la qualité du service (Ciwara d'or...) par niveau	X	X	X	PNLP	USAID/PMI /KJK
16	Organiser des causeries éducatives sur les avantages liés à la fréquentation précoce des structures de santé au cours de la grossesse (Supervision)	X	X	X	PNLP	USAID/PMI /KJK
17	Organiser des émissions radiophoniques sur les avantages liés à la fréquentation précoce des structures de santé au cours de la grossesse afin de bénéficier d'au moins 3 doses de SP	X	X	X	PNLP	USAID/PMI/KJK
18	Faire un plaidoyer auprès de l'Etat pour assurer la disponibilité permanente de la SP dans les structures de santé		X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI/KJK

N°	Activités	Chronogramme			Responsable	Partenaires potentiels
		2016	2017	2018		
19	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	ETAT, USAID/PMI/KJK
20	Produire et diffuser des microprogrammes radiophoniques en 5 langues nationales sur la gratuité du TPI/SP, les avantages et les effets secondaires de la prise supervisée de la SP au cours de la CPN	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI/KJK
21	Créer et produire des aide-mémoires pour les femmes enceintes pour les 3 visites et plus de TPI	X	X	X	PNLP	USAID/PMI /SSGI
22	Orienter les animateurs de radios communautaires sur la campagne CPS (1 semaine avant la campagne)	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI/ KJK, CRS
23	Diffuser les messages sur les avantages de la CPS à travers les radios de proximité 5 jours avant et 5 jours pendant la campagne	X	X	X	PNLP	ETAT,USAID/PMI, CRS, UNICEF, AMCP/ ALIMA, MSF-F, MSF-ESP,BM
24	Développer une campagne multi médiatique sur le diagnostic avec logo, image et slogan pour rappeler aux populations l'intérêt de se faire tester	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI/ KJK, SECTEUR PRIVE
24	Organiser des dîners gala animés par les célébrités et les ambassadeurs de bonne volonté pour mobiliser des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme	X	X	X	PNLP	ETAT, USAID/PMI, SECTEUR PRIVE
25	Organiser une journée d'information à l'intention de 3 000 tradithérapeutes sur la reconnaissance des symptômes du paludisme et la référence précoce des cas graves. (200 sessions d'1 jour)	X	X	X	PNLP	FM

9.2.6 Suivi-Evaluation et recherche opérationnelle

N°	Activités	Chronogramme			Responsable	Partenaires potentiels
		2016	2017	2018		
1	Assistance technique en suivi & évaluation	X	X	X	PNLP	FM
2	Assurer la participation de 6 personnes de la direction du PNLN au cours international de suivi évaluation des programmes de lutte contre le paludisme à Ouagadougou (cours international de 15 jours)	X	X	X	PNLP	FM, USAID, PMI, MEASURE
3	Organiser 2 sessions de formation pour 40 agents du niveau central et des équipes régionales sur le système de suivi évaluation	X		X	PNLP	FM
4	Organiser une session de formation pour 27 agents des équipes régionales sur le suivi évaluation avec l'utilisation des téléphones mobiles/ordinateurs	X			PNLP	FM, USAID/PMI
5	Organiser 9 sessions de formation pour 128 chargés du SIS des districts et des hôpitaux en suivi évaluation et à l'utilisation de la téléphonie mobile	X			PNLP	FM, USAID/PMI
6	Organiser un atelier de formation pour 15 formateurs centraux sur la gestion des données y compris la base de données paludisme en une session	X		X	PNLP	FM, USAID/PMI

N°	Activités	Chronogramme			Responsable	Partenaires potentiels
		2016	2017	2018		
7	Organiser un atelier de formation/mise à niveau de 32 agents chargés du SLIS et points focaux des DRS et des hôpitaux sur la gestion des données du paludisme en une session	X		X	PNLP	FM, USAID/PMI
8	Former/mettre à niveau 125 agents chargés SLIS et points focaux au niveau des districts sur la gestion des données du paludisme en 5 sessions	X	X		PNLP	FM, USAID/PMI
9	Appuyer une évaluation de la mise en œuvre de la pharmacovigilance au Mali		X		CNAM	FMUSAID/PMI, MEASURE
10	Former 810 prestataires sur la notification des effets indésirables des médicaments en 27 sessions (27 sessions de 30 pers pdt 3 jours)	X	X	X	PNLP	FM, OMS, CRS
11	Former/mettre à niveau 48 agents des sites de surveillance sentinelle pris comme référence pour la qualité des données sur le Paludisme en 2 sessions	X	X		PNLP	FM, USAID/PMI
12	Former 153 agents des régions et des districts à la remontée électronique des données en 9 sessions	X	X		PNLP	USAID/PMI/MEASURE
13	Former 2 712 agents des CSCCom, des structures privées, parapubliques et confessionnelles sur la remontée électronique des données de routine des activités de lutte contre le paludisme en 90 sessions	X	X		PNLP	USAID/PMI/MEASURE
14	Appuyer la supervision des acteurs impliqués dans gestion des médicaments et intrant antipaludique (SDAME)	X	X	X	DPM	ETAT, USAID/PMI, SIAPS
15	Appuyer la formation de 500 gérants DRC/DV en gestion des intrants en 20 sessions	X	X	X	DPM	ETAT, USAID/PMI, SIAPS
16	Appuyer la supervision des gérants DRC/DV en gestion des intrants *	X	X	X	DPM	ETAT, USAID/PMI, SIAPS
Renforcement du cadre de travail de la division planification et suivi/évaluation du PNLP et des autres structures impliquées dans la gestion de l'information sur le paludisme						
1	Acquérir 15 ordinateurs de bureau et accessoires dans le cadre de la remontée électronique des données	X		X	PNLP	FM, USAID/MEASURE
2	Acquérir 50 ordinateurs portables pour la remontée électronique des données	X	X		PNLP	FM, USAID/MEASURE
3	Acquérir 10 imprimantes multifonctions dans le cadre de la gestion des données sur le paludisme	X	X		PNLP	FM, USAID/MEASURE
4	Acquérir 71 téléphones fixes pour les 9 DRS et les 62 districts dans le cadre de la remontée électronique des données	X			PNLP	FM, USAID/MEASURE
5	Acquérir 4 883 téléphones portables pour la remontée électronique des données hebdomadaires des ASC*	X	X	X	PNLP	FM
6	Acquérir 100 licences d'antivirus	X	X	X	PNLP	ETAT
7	Acquérir 100 clés USB de 8 GB dans le cadre de gestion des données	X	X	X	PNLP	ETAT
8	Appuyer l'abonnement internet pour les 100 clés 3 G+ et les 1 000 téléphones mobiles/ordinateurs pour la remontée électronique des données	X	X	X	PNLP ANTIM	ETAT
9	Acquérir 20 clés 3G+ dans le cadre de la remontée des données				PNLP	ETAT

N°	Activités	Chronogramme			Responsable	Partenaires potentiels
		2016	2017	2018		
Renforcement du cadre de travail de la division planification et suivi/évaluation du PNLP et des autres structures impliquées dans la gestion de l'information sur le paludisme (suite)						
10	Acquérir 100 disques durs externes de 250 GB dans le cadre de gestion des données	X	X	X	PNLP	ETAT, FM
11	Acquérir 300 ordinateurs pour le transfert électronique des données	X			PNLP	FM, USAID PMI, MEASURE
12	Acquérir 3 serveurs pour le stockage des données sur le paludisme	X			PNLP	FM
13	Acquérir tous les ans des réactifs, des insecticides, des supports et petits matériels pour les 13 sites de surveillance sentinelle	X	X	X	PNLP	FM, USAID PMI
14	Acquérir des véhicules 4X4 : 2 Land cruiser	X	X	X	PNLP	ETAT, FM
15	Acquérir 15 véhicules Pick Up pour le suivi des activités (9 régions et niveau central)	X	X	X	PNLP	ETAT, FM
Amélioration de la qualité des outils de collecte de données et de suivi de la mise en œuvre des activités du programme à différents niveaux						
1	Appuyer la reproduction des outils de collecte sur la pharmacovigilance	X	X	X	PNLP	ETAT, FM
2	Appuyer la multiplication et la diffusion des outils de collecte du SLIS (forfait)	X	X	X	PNLP	ETAT, FM
3	Assurer la multiplication et la diffusion du manuel de procédure pour la vérification et la correction des données reçues pour les différents niveaux du système de santé	X			DNS	ETAT, FM
4	Appuyer la production de 50 000 fiches de stocks pour la gestion des intrants de lutte contre le paludisme	X	X	X	PNLP	ETAT, FM
5	Appuyer tous les ans la reproduction de 1 500 registres de compte rendu de gestion de stocks et 1 500 registres de comptage journalier	X	X	X	DPM	ETAT, FM
Constitution de bases factuelles sur le paludisme avec diffusion et utilisation d'informations stratégiques aux différents acteurs, décideurs et partenaires						
1	Assurer tous les ans 2 supervisions intégrées du niveau régional par l'équipe du niveau central	X	X	X	PNLP	ETAT, FM
2	Appuyer tous les ans les supervisions intégrées formatives des équipes districts par les équipes cadres des régions	X	X	X	DNS	ETAT, FM
3	Appuyer tous les ans les supervisions trimestrielles des districts vers les CSCom	X	X	X	DNS	ETAT, FM
4	Appuyer 2 monitorages semestriels des activités du PMA par les 1 200 CSCom y compris les activités liées au paludisme	X	X	X	PNLP	ETAT, FM
5	Réaliser tous les ans 2 tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides dans les 13 sites sentinelles	X	X	X	PNLP	FM
6	Appuyer tous les ans 1 contrôle de qualité des MILD	X	X	X	PNLP	FM, USAID
7	Réaliser 1 test d'efficacité des MILD tous les ans	X	X	X	PNLP	FM
8	Assurer tous les trois mois le suivi des sites de surveillance sentinelles	X	X	X	PNLP	FM
9	Appuyer tous les ans au moins 2 contrôles de qualité des antipaludiques stockés dans les dépôts et les formations sanitaires	X	X	X	PNLP	FM

N°	Activités	Chronogramme			Responsable	Partenaires potentiels
		2016	2017	2018		
Constitution de bases factuelles sur le paludisme avec diffusion et utilisation d'informations stratégiques aux différents acteurs, décideurs et partenaires (suite)						
10	Organiser tous les ans 2 évaluations sur la disponibilité et l'utilisation des intrants à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (EUV= End Users Vérification)	X			PNLP	FM
11	Appuyer le contrôle de qualité des produits antipaludiques (CTA, SP, Quinine et des TDR importés sur le territoire national)	X	X	X	PNLP	USAID/SIAPS
12	Appuyer tous les ans le suivi de pharmacovigilance des antipaludiques du PNL (CTA, SP) dans les 62 districts	X	X	X	PNLP	FM
13	Appuyer tous les ans dans 70 CS Réf/Hôpitaux un contrôle de la qualité du diagnostic biologique du paludisme (TDR, GE/FM) y compris les équipements	X	X	X	PNLP	ETAT, FM, CRS
14	Assurer tous les ans 1 étude sur l'efficacité thérapeutique des antipaludiques dans les sites sentinelles	X	X	X	PNLP	FM
15	Réaliser une évaluation post-campagne de distribution des MILD	X		X	PNLP	FM
16	Réaliser une étude sur la sensibilité des parasites de paludisme à la Sulfadoxine-pyriméthamine (SP) et l'Amodiaquine (AQ) pour l'implémentation de la CPS ainsi que du TPI dans les régions Nord du Mali	X			MRTC	Etat
17	Réaliser une étude sur les différentes espèces de parasite de paludisme qui circulent dans les régions Nord du Mali et l'impact des stratégies sur ces espèces	X			MRTC	Etat
18	Appuyer tous les ans 5 thèses et mémoires d'étudiants sur le paludisme	X	X	X	PNLP	FM
19	Réaliser une revue de performance du PS de lutte contre le paludisme 2016-2018			X	PNLP	ETAT, OMS
Mise en place d'un système d'assurance qualité intégrée des données du paludisme						
1	Organiser 4 réunions trimestrielles nationales pour le réseau du partenariat Suivi/évaluation PNL	X	X	X	DNS	FM
2	Appuyer tous les ans 4 réunions trimestrielles sur la gestion et la validation des données avec les acteurs au niveau régional	X	X	X	DNS	FM
3	Appuyer tous les ans 4 réunions trimestrielles sur la gestion et la validation des données avec les acteurs au niveau des districts sanitaires	X	X	X	DNS	FM
4	Organiser l'audit de la qualité des données envoyées par les structures aux différents niveaux du système de santé	X	X	X	PNLP	FM
5	Appuyer tous les ans l'organisation des rencontres mensuelles de compilation des données des CSCOM	X	X	X	PNLP	FM
6	Appuyer tous les ans les frais de communication téléphoniques de la division suivi évaluation du PNL	X	X	X	PNLP	FM
7	Appuyer tous les ans les districts sanitaires et les DRS pour les connections internet et la communication téléphonique	X	X	X	PNLP	FM

N°	Activités	Chronogramme			Responsable	Partenaires potentiels
		2016	2017	2018		
8	Réaliser 2 évaluations rapides de l'impact des interventions de lutte contre le paludisme (Logistique, épidémiologique)	X		X	PNLP	FM
9	Réaliser un monitoring de la résistance à la SP chez les femmes enceintes dans deux districts sanitaires	X		X	PNLP	USAID/PMI
10	Evaluation des goulots d'étranglement aux succès des interventions de contrôle du paludisme pendant la grossesse		X		PNLP	FM
11	Réaliser 1 enquête nationale sur les indicateurs du paludisme (MIS) ou à EDSM en 2017		X	X	PNLP	FM
12	Réaliser 2 études sur la qualité de la PEC du paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaires y compris le niveau communautaire	X		X	PNLP	FM, USAID/PMI
13	Réaliser une étude sur l'effet de la supervision formative sur les connaissances, attitude et pratiques des prestataires de soins			X	PNLP	FM
14	Réaliser une étude sur l'impact de la détection active des cas de paludisme sur le recours spontané aux soins en milieu périurbain		X		PNLP	FM
15	Evaluer tous les 3 ans l'impact des campagnes de mobilisation sociales sur le paludisme		X		PNLP	FM
16	Réaliser 1 étude sur l'apport de la médecine traditionnelle (tradipraticiens) dans la PEC des cas de paludisme au niveau communautaire	X			PNLP	FM

9.2.7 Coordination et renforcement institutionnel du programme

N°	Activités	Chronogramme			Responsable	Partenaires potentiels
		2016	2017	2018		
1	Appuyer le fonctionnement des groupes de travail multidisciplinaire sur le paludisme.	X	X	X	PNLP	FM
2	Organiser des réunions trimestrielles du comité de pilotage du PNLP (réunion de 30 pers pendant 1 jour)	X	X	X	PNLP	FM
3	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 pendant 1 jour)	X	X	X	PNLP	FM
4	Organiser une réunion trimestrielle entre PNLP et la coalition du secteur privé dans le cadre de la lutte contre le paludisme (20 personnes par réunion) au niveau central	X	X	X	PNLP	FM
5	Construction/Réhabilitation et équipement des locaux du PNLP	X	X		PNLP	ETAT
6	Former 4 personnes du PNLP en gestion des achats et des stocks		X		PNLP	FM
7	Former 2 personnes du PNLP en Anglais	X	X	X	PNLP	FM
8	Former 4 personnes du PNLP en GAR	X	X	X	PNLP	FM
9	Former 4 personnes du PNLP en prévision et quantification des intrants	X	X	X	PNLP	FM
10	Organiser tous les ans un cours national de paludologie	X	X	X	PNLP	FM
11	Organiser des sessions de renforcement du personnel du PNLP en informatique à Bamako et de certification individuelle*	X	X	X	PNLP	FM
12	Elaborer un cadre de collaboration Ministère de la Santé et secteur privé dans le cadre de la lutte contre le paludisme	X	X	X	PNLP	OMS
13	Organiser tous les ans 2 voyages d'échanges d'expériences	X	X	X	PNLP	FM
14	Assistance technique managériale	X	X	X	PNLP	FM
15	Assistance technique pour la mise à l'échelle des IBC	X	X	X	PNLP	FM
16	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	BM
17	Acquérir 20 ordinateurs de bureau pour le PNLP	X		X	PNLP	ETAT
18	Acquérir 20 ordinateurs portables pour l'équipe du PNLP	X		X	PNLP	ETAT
19	Acquérir 2 photocopieuses grandes format	X	X		PNLP	ETAT
20	Acquérir 04 imprimantes multifonctions (imprimante, photocopieuse, scanner)	X	X		PNLP	ETAT
21	Acquérir 2 vidéos projecteurs pour le PLNP	X	X		PNLP	ETAT
22	Renforcer les capacités de 2 cadres du PNLP en gestion de programme	X			PNLP	FM
23	Assurer la participation de 6 personnes en gestion de projets IEC et plaidoyer		X		PNLP	FM, ETAT
24	Former 6 personnes du programme sur la recherche sur le système de santé (formation internationale)	X	X	X	PNLP	FM

N°	Activités	Chronogramme			Responsable	Partenaires potentiels
		2016	2017	2018		
25	Appuyer la participation tous les ans à 5 conférences internationales sur le paludisme	X	X	X	PNLP	FM
26	Organiser deux tables rondes nationales pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme (80 pers pendant 1 jour)	X	X	X	PNLP	FM
27	Organiser chaque 2 ans un téléthon pour la mobilisation de ressource	X	X	X	PNLP	FM
28	Appuyer la révision des curricula de formation au niveau d'INFSS pour prendre en compte le volet paludisme	X			PNLP	FM
29	Développer des programmes en milieu scolaire sur le paludisme	X	X	X	PNLP	FM
30	Acquérir 06 véhicules 4X4 pour l'appui au suivi des activités périphériques	X	X	X	PNLP	FM, ETAT
31	Appuyer tous les ans le fonctionnement du PNLP (Entretien de véhicules, carburant, maintenance de l'outil informatique, frais de communication)	X	X	X	PNLP	FM
32	Faire un audit institutionnel et organisationnel du PNLP	X			PNLP	FM
33	Réaliser une auto évaluation du PNLP chaque année	X	X	X	PNLP	FM
34	Elaborer un manuel de procédures et de gestion pour la Direction du PNLP	X			PNLP	FM
35	Acquérir un logiciel de suivi budgétaire pour l'UAF du PNLP	X			PNLP	FM
36	Organiser 2 réunions semestrielles à Bamako sur la mise en œuvre de la subvention avec les équipes cadres des DRS*	X	X	X	PNLP	FM
37	Organiser la participation du PNLP au CROCEP dans les régions*	X	X	X	PNLP	FM
38	Indemnités mensuelles des ASC*	X	X	X	PNLP	FM
39	Mise en place du DHIS 2*	X	X	X	PNLP	FM

9.3 Cadre de performance du plan stratégique 2016-2018

Indicateurs d'impact

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année		
		Valeur	Année	Source	2016	2017	2018
1	Proportion des cas suspects de paludisme (Cas externes et cas hospitalisés)	44 %	2012	SLIS	25,11%	21,11%	17,11%
2	Incidence des cas confirmés de paludisme (Cas externes et cas hospitalisés)	644 611	2012	Surveillance Epidémiologique	422 929	380 636	333 644
3	Incidence du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux et formations sanitaires	705 628	2014	SLIS	330 264	297 238	264 212
4	Incidence du paludisme grave (chez les hospitalisés dans les hôpitaux et formations sanitaires avec lits)	801 060	2014	SLIS	364 662	328 196	291 730
5	Prévalence du Plasmodium chez les enfants âgés de moins de 5 ans (et dans la population générale)	52%	2012	EDSM V	—	44%	—
6	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois	82 %	2012	EDSM V	55%	50%	45%
7	Taux de positivité des tests de paludisme (Microscopie et/ ou TDR) chez les patients (externe et hospitalisés)	73%	2012	Surveillance épidémiologique	33%	23%	13%
8	Incidence des décès liés au paludisme chez les hospitalisés (hôpitaux, autres structures avec lits)	42%	2011	SLIS	22%	18%	14%
2. Indicateurs de résultats (effets)							
Lutte anti vectorielle							
9	Proportion de ménages avec au moins une MILD pour 2 personnes dans les zones couvertes par la campagne	40%	2013	EDS V	—	80%	—
10	Proportion de personnes, tout âge confondu, ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	84,4%	2012	EDSM V	85%	90%	95%

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année		
		Valeur	Année	Source	2016	2017	2018
11	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	68,06 %	2013	EDSM V	—	80 %	—
12	Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	72 %	2013	EDSM V	—	80 %	—
13	Pourcentage de la population protégée par la PID dans les zones ciblées	97,88 %	2014	Rapport annuel PNLP	99 %	99 %	99 %
TPI chez la femme enceinte							
14	Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI durant leur dernière grossesse avec une naissance vivante	97,28 %	2014	Rapport Annuel PNLP	80 %	80 %	80 %
CPS chez les enfants de moins de 5 ans							
15	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois ayant bénéficié de 4 doses SP/AQ dans la zone concernée	109 %	2014	Rapport PNLP	—	95 %	95 %
Diagnostic et traitement des cas de paludisme							
16	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologie avec TDR	90 %	2014	MIS	90 %	92 %	95 %
17	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen de parasitologie avec GE/Frottis	90,7 %	2014	RA PNLP	92 %	95 %	95 %
18	Pourcentage des cas simple de paludisme vus en consultations externes dans les formations sanitaires publiques et privées ayant bénéficié d'un traitement antipaludique approprié conformément aux directives nationales	93 %	2014	RA PNLP	95 %	100 %	100 %

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année		
		Valeur	Année	Source	2016	2017	2018
19	Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme confirmé ayant été traités avec CTA par les ASC	47,57 %	2013	Canevas mensuel PNL	80 %	80 %	80 %
20	Proportion d'enfants de moins de 5ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers signes	15,4 %	2012	EDSM V	40 %	45 %	50 %
21	Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme suspect ayant été testée avec TDR par les ASC au niveau communautaire	98,96 %	2013	Canevas mensuel PNL	85 %	95 %	100 %
Communication pour le Changement social et de Comportement							
22	Pourcentage de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent les mesures préventives du paludisme	ND	—	—	85 %	90 %	95 %
3. Indicateurs de gestion du Programme (indicateurs d'intrants et de processus)							
23	Proportion de FS n'ayant pas connu de rupture de stocks de plus d'une semaine pour les principaux intrants (CTA, TDR, SP, MILD, Kit PECADOM) par mois	80,72 %	2012	Canevas mensuel PNL	95 %	98 %	100 %
24	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois ayant bénéficié d'au moins une dose de SP/AQ dans la zone concernée	117 %	2014	RA PNL	85 %	90 %	95 %
25	Nombre de tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques (CTA) réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole OMS	ND	—	—	2	2	2
26	Nombre de tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole OMS	ND	—	—	2	2	2

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année		
		Valeur	Année	Source	2016	2017	2018
27	Taux d'exécution des activités du Plan d'action annuel du PNLP	53,06 %	2011	RA PNLP	90 %	95 %	100 %
28	Taux d'absorption du budget alloué à la lutte contre le paludisme par l'Etat et les partenaires	89,49 %	2011	RA PNLP	97 %	99%	100 %
Activités additionnelles tirées du cadre de performance							
29	HSS O-1 Pourcentage de femmes fréquentant les soins prénatals	38 %	2013	MIS	35 %	40 %	45 %
30	VC-3 : Nombre de MILD distribués aux groupes à risque (FE et enfants de moins d'un an) ciblés	1 046 400	2014	Rapport d'Activités du PNLP	1 081 978	1 155 634	1 233 190
31	VC-4 : Proportion des groupes à risque ciblés (les femmes enceintes et les enfants de moins d'un an) recevant les moustiquaires de longue durée	62,6 %	2014	MIS	75 %	85 %	95 %
32	PSM-1 : Pourcentage des établissements de santé qui ne déclarent pas les ruptures de stock de médicaments essentiels	79,3 %	2014	Rapport d'Activités du PNLP	85 %	90 %	95 %
33	HW-1 : Nombre d'agents de santé communautaires formés	2 437	2015	Rapport d'Activités du PNLP	0	816	814
34	S&E-1 : Pourcentage d'établissements de santé qui transmettent à temps leurs rapports (données de routine) conformément aux directives nationales (promptitude)	30,0 %	2010	Rapport d'Activités du PNLP	60 %	70 %	80 %
35	S&E-2 : Proportion de rapports reçus sur les attendus dans les établissements de santé au cours de la période considérée (complétude)	76,0 %	2014	MIS	80 %	85 %	90 %

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

N°	Prenom & Nom	Service	Contact	Email
1	Dr Diakalia Koné	PNLP	76485430	dkone1311@yahoo.fr
2	Saran Bore Diakité	PNLP	76139155	Saranbore66@gmail.com
3	Dr Barasson Diarra	PNLP	76461789	Barassondiarra750@hotmail.com
4	Dr M'baye Bambi Bâ	PNLP	76243965	mbayebambi@yahoo.fr
5	Dr Seydou Fomba	PNLP	66843962	Drfomba@hotmail.fr
6	Abdourhamane Dicko	PNLP	66783559	dickoabdourhamane59@yahoo.fr
7	Dr Souleymane Vincent Sanogo	PNLP	65867653	sanogovincent@yahoo.fr
8	Dr Madina Konaté	PNLP	76231703	dinacoul70@yahoo.fr
9	Belco Sidibé	PNLP	66695588	s.belco@yahoo.fr
10	Abdoul Karim Doumbia	PNLP	66658588	abdoulkarim2008dombia@yahoo.fr
11	Mme Aissata Dossou Diallo	PNLP	76375740	aissatadossou@yahoo.fr
12	Mme Ramata Koné Sidibé	PNLP	76300039	ramasidib@yahoo.fr
13	Mory Camara	PNLP	66 727217	camaramory@yahoo.fr
14	Bohy Dembele	PNLP	66760764	tbohy_dembele@yahoo.fr
15	Mme Coulibaly Assitan Dembele	PNLP	75444470	assitandembele2000@yahoo.fr
16	Dr Jules Mihigo	CDC/PMI	73900688	jmihigo@usaid.gov
17	Aliou Diallo	USAID/PMI	75992790	alioudiallo@usaid.gov
18	Dr Aboubacar Sadou	USAID/PMI	76751731	asadou@usaid.gov
19	Dr Cheik Oumar Coulibaly	OMS	76140120	coulibalyc@who.int
20	Abdel Aziz Boubacar	OMS	0022222623225	abdelaziza@who.int
21	Dr Karchi Abderahmane	s/c OMS Mali	OMS	kharchia@who.int
22	Mme Bathily Oumou Ane Touré	AMCP/ALIMA	66091515	Aneoumou85@gmail.com
23	Dr Mariam B Doumbia	DPM	74572691	Doumbiamariam224@yahoo.fr
24	Dr Drissa Coulibaly	MRTC	76328752	coulibalyd@icermali.org
25	Dr Broulaye Traore	Pédiatrie/CHUGT	66785009	Dbroul1@yahoo.fr
26	Abdoulaye Ouologuem	INRSP	76118145	ouoloabdoulaye@yahoo.fr
27	Dr José Bafon	MSF-ESP	74 9506489	Msfe-bamako-medco@barcelona.msf.org
28	Dr Issaka Sagara	MRTC	76459079	isagara@icermali.org
29	Dr Belco Maiga	Pédiatrie/CHUGT	76417988	belcosmaiga@yahoo.fr
30	Dr Coulibaly Youma Sall	CPS/SS-PS-PF	66798939	coulibalyanna@yahoo.fr
31	Dr. Diadier Amadou Diallo	MEASURE Evaluation	71702055	diadier.diallo@icfi.com
32	Ignace Traoré	MEASURE Evaluation	71702055	Ignace.traore@icfi.com
33	Dr Aligui Yattara	SIAPS	78206319	yalgui@msh.org
34	Dr Beh Kamate	USAID/SSGI	63645358	Beh.kamate@savethechildren.org



Ce document a été édité, formaté et reproduit par ICF/MEASURE Evaluation avec l'appui de PMI



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



President's Malaria Initiative