

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

PROGRAMME NATIONAL DE
LUTTE CONTRE LE PALUDISME

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi



PLAN NATIONAL DE SUIVI/EVALUATION 2013-2017

Août 2013

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. PROFIL DU PAYS.....	3
1.1. Données géographiques et administratives.....	3
1.2. Organisation du système de santé.....	5
1.3. Situation de la lutte contre le paludisme au Mali	12
2. ANALYSE SITUATIONNELLE DU SYSTEME DE SUIVI/EVALUATION	29
2.1. Système national de suivi et évaluation	29
2.2. Système de suivi/évaluation pour la lutte contre le paludisme:	31
3. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN SUIVI/EVALUATION	32
4. CADRE THEORIQUE POUR LE SUIVI/EVALUATION	34
4.1. Concepts et organisation générale d'un système de suivi/évaluation.....	34
4.2. Fonctions et organisation d'une unité de suivi/évaluation du PNLP.....	35
4.3. Normes en personnels pour une unité de suivi/évaluation.....	37
4.4. Objectifs et cibles de la lutte antipaludique au niveau international	38
4.5. Cadre de Suivi/Evaluation du programme paludisme	42
5. CADRE STRATEGIQUE DU PLAN SUIVI/EVALUATION 2013-2017	44
5.1. Objectifs du Plan.....	44
5.2. Interventions pour renforcer le système de suivi/évaluation	44
5.3. Résultats attendus.....	45
6. MESURE DES PERFORMANCES DU PROGRAMME	46
6.1. Cadre logique des indicateurs du plan de suivi/évaluation.....	46
6.2. Méthodes de collecte de données.....	46
6.3. Périodicité de la collecte des données du suivi/évaluation	49
6.4. Circuit de l'information des données de routine.....	49
6.5. Traitement et analyse des données.....	52
6.6. Contrôle de qualité, validation et diffusion des données du paludisme	52
6. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN SUIVI/EVALUATION.....	53
7.1. Coordination de la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme	53
7.2. Partenariat en faveur du Suivi/Evaluation du Paludisme	55
7.3. Rôles et responsabilités des différents niveaux d'encadrement	56
7.4. Suivi des progrès du Programme	56
7.5. Evaluation du Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2013-2017.....	56
7.6. Plan de dissémination des informations sur le paludisme	57
7.7. Mise à jour du Plan national de Suivi/évaluation du PNLP	57

7. BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT	58
8.1. Description des interventions prévues.....	58
8.2. Budget des activités du Plan 2013-2017	59

ACRONYMES

ASC	Agent de Santé Communautaire
ANTIM	Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale
CCM	Country Coordination Mechanism
CHU-IOTA	Centre Hospitalier et Universitaire d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique
CHU-OS	Centre Hospitalier et Universitaire d'Odontologie et de Stomatologie
CMIE	Centre Médical Inter Entreprise
CPS	Cellule de Planification et de Statistique
CPSe	Chimio-Prévention Saisonnière chez l'enfant
CREDOS	Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la survie de l'Enfant
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de Référence
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DESAM	Développement Sanitaire du Mali
DNS	Direction Nationale de la Santé
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRC	Dépôt Répartiteur de Cercle
DRS	Direction Régionale de la Santé
DV	Dépôt de Vente
EAP	Enquête sur l'anémie et la parasitémie Palustre
EDSM	Enquête Démographique et de Santé du Mali
EPH	Etablissement Public Hospitalier
EUV	End User Verication
F CFA	Francs de la Communauté Financière Africaine
FMSTP	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FRP	Faire Réculer le Paludisme
GE/FM	Goutte Epaisse/ Frottis Mince
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
IP	Indice Plasmodique
Km ²	Kilomètre carré
LAV	Lutte Anti-Vectorielle
LNS	Laboratoire National de la Santé
MICS	Multiple Indicators Cluster Surveys
MIS	Malaria Indicators Surveys
MILD	Moustiquaires Imprégnées d'insecticides Longue Durée
MRTC	Malaria Research and Training Center
MS	Ministère de la Santé
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEC	Prise En Charge des Cas
PECADom	Prise en Charge Communautaire à Domicile
PID	Pulvérisation Intra-Domiciliaire
PMA	Pâquet Minimum d'Activités
PMI	President's Malaria Initiative
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTF	Parténaires Techniques et Financiers
RAOPAG	Réseau Ouest Africain pour la Prévention du Paludisme pendant la Grossesse
RAOTAP	Réseau Ouest Africain pour la Politique de Traitement du Paludisme

RBM	Roll Back Malaria
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RTA	Rapport Trimestriel d'Activités
SDADME	Schéma Directeur D'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels
SE	Suivi Evaluation
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SIS	Système d'Information Sanitaire
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
TDR	Tests de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
USD	United States Dollar
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHA	World Health Assembly
WHOPEP	World Health Organization Pesticides Evaluation System

Remerciements

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

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

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

INTRODUCTION

Au Mali, le paludisme est une maladie endémique qui touche plus de 90 % de l'ensemble de la population. Il constitue la première cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de 0 à 5 ans. Il a été enregistré en 2012 dans les établissements de santé, 2 171 739 cas cliniques de paludisme (1 508 672 cas simple et 663 067 cas grave) dont 1 894 décès, soit un taux de létalité de 0,9‰ contre 1,08 ‰ en 2011 (Annuaire statistique 2012). Ces données ne représentent que la partie visible de l'iceberg, dans la mesure où de nombreux cas de fièvre ne sont pas détectés et traités et donc décèdent au niveau communautaire sans être enregistrés dans un centre de santé. Le niveau de confirmation des cas de paludisme reste encore faible comme l'atteste le taux de 2011 qui était de 31,51% et 75 % en 2012. Cette situation fait apparaître des insuffisances dans le système de collecte des données, la qualité de l'enregistrement des cas et le suivi adéquat des différents indicateurs. Bien que le PNLP bénéficie de l'appui de certains partenaires au développement, il est à noter que le financement alloué aux activités du système national de suivi/évaluation demeure très insuffisant.

La détermination des résultats des différentes interventions de lutte contre le paludisme nécessite le renforcement du système national de suivi/évaluation auquel adhère l'ensemble des partenaires du programme. L'existence d'un tel système a comme entre autres avantages d'harmoniser les outils de collecte et de suivi/évaluation d'une part, mais surtout de contribuer à une utilisation plus efficace des données et des ressources en garantissant la possibilité de comparer les indicateurs et les méthodes d'échantillonnage dans le temps.

Les objectifs et les stratégies du présent Plan de suivi/évaluation visent avant tout à renforcer le système de gestion des données du paludisme et à améliorer le mécanisme de coordination entre les partenaires du PNLP utilisant l'information sur le paludisme.

1. PROFIL DU PAYS

1.1. Données géographiques et administratives

Le Mali est un pays continental situé au cœur du Sahel avec une superficie de 1 241 238 Km². Il est limité au Nord par l'Algérie, à l'Est par le Niger et le Burkina Faso, au Sud par la Côte d'Ivoire et la Guinée et à l'Ouest par le Sénégal et la Mauritanie.

Le Mali est constitué de 3 zones climatiques dont la couverture géographique est variable: une zone sahélienne (50%), une zone saharienne (25%) et une zone soudano-guinéenne (25%). La pluviométrie est globalement faible (200 à 1300 mm)/an avec des périodes de sécheresse très variées. Le relief est peu accidenté et le pays est arrosé par deux grands fleuves : le Niger et le Sénégal. Tout cet écosystème détermine les conditions dans lesquelles les populations vivent dans les zones sahélo-sahariennes.

Sur le plan administratif, le Mali est découpé en 8 régions administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou et Kidal) et un District qui a rang de région (la capitale Bamako). Chaque région est subdivisée en cercles, soit en tout 49 cercles.

Dans le cadre de la décentralisation, le Mali compte 703 communes dont 684 rurales et 19 urbaines comprenant les 6 communes du District de Bamako. Chaque commune est administrée par un conseil communal composé d'un maire et de conseillers municipaux élus au suffrage universel.

Dépourvu de façade maritime, le Mali est dépendant pour l'approvisionnement de son marché des pays limitrophes ayant un accès à la mer. Les principaux axes de communication avec ces pays côtiers sont : Bamako-Abidjan (1 115 km), Bamako-Dakar (1 250 km), Bamako-Conakry (982 km) et Bamako-Nouakchott (2 000 km).

1.2. Organisation du système de santé

La politique sanitaire du Mali est conforme aux grands principes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les objectifs prioritaires de santé qui s'inspirent principalement du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) mettent un accent particulier sur la prévention, la promotion de la santé et le bien-être des populations des zones rurales et périurbaines.

La politique sectorielle de santé et de population adoptée en 1991 par le Gouvernement du Mali est basée sur la décentralisation du recours aux soins et la participation communautaire. Son objectif général est l'extension significative de la couverture sanitaire et la facilité d'accès aux médicaments pour toutes les couches de la population.

Sur le plan gestionnaire, les missions des différents niveaux de la pyramide sanitaire sont clairement définies :

- le niveau Central (Ministère de la Santé et services centraux) se charge de l'élaboration des normes et des procédures au niveau central, de l'appui technique au niveau intermédiaire et de la planification, 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/Commune de Bamako) est l'unité opérationnelle responsable du suivi de la mise en œuvre des activités sur le terrain.

L'unité de planification opérationnelle est chargée de la mise en œuvre.

Ressources humaines pour la santé

Les capacités de production des ressources humaines pour la santé et pour le développement social ont augmenté de manière considérable pendant ces 20 dernières années. En effet, les institutions de formation publique et privée ont produit une quantité importante de ressources humaines pour la santé. Par contre, il reste beaucoup à faire au niveau de la gestion et de l'amélioration de la performance de ces ressources humaines.

- Le nombre de médecin généraliste total est 963 dans les structures (Hôpitaux, CSRéf et CCom) sur lesquels 883 sont permanents. Le district de Bamako et la région de Koulikoro comptent le plus grand effectif avec respectivement 350 et 161.

Le nombre de médecins spécialistes est de 415 dont 19% de chirurgiens, 16% de gynécologues et 0.08% de pédiatres. Malgré la proportion faible de ces trois spécialités, elles restent concentrées à Bamako avec 78% de pédiatres, 53% de gynécologues et 64% de chirurgiens.

- Le personnel qualifié est disponible dans les structures mais inégalement réparti entre les régions. Ainsi, on a dénombré 688 sages-femmes dont près de la moitié se trouve à Bamako. Le nombre total d'infirmiers recensé est de 3 009.

La gestion des ressources humaines reste encore centralisée au niveau de la Direction des Ressources Humaines (DRH) et focalisée surtout sur les actes administratifs plutôt que sur les stratégies de développement. Les textes ne sont pas complets et les questions sur le rôle de la DRH persistent, entre autres, leurs rapports avec les écoles de formation et les divers statuts des agents. Il apparaît également que ni la DRH, ni les structures utilisatrices ne disposent de capacités techniques nécessaires pour assurer une gestion rationnelle des ressources humaines.

Le constat fait par l'évaluation du précédent PDDSS met un accent particulier sur la faible productivité des ressources humaines qui est déterminée par: (i) les faiblesses de l'organisation de la formation (initiale, continue, perfectionnement, spécialisation); (ii) l'utilisation pas toujours efficiente du personnel existant sur le terrain; et (iii) l'insuffisance des mesures de motivation du personnel.

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 l'insatisfaction des rémunérations qui est de loin le plus fréquent, suivi par l'insuffisance des moyens de travail, l'absence de considération et la mauvaise répartition du travail. Cette même évaluation indique que d'autres études sur la motivation des agents de santé réalisées en 2002 ont montré que parmi les facteurs motivants, ceux liés à la responsabilité viennent en première position devant les facteurs financiers.

Sur le plan des prestations de soins, il existe 3 niveaux (voir tableau n°1 ci-dessous) :

- le niveau central avec ses 5 EPH (CHU-Point G, CHU-Gabriel TOURE, CHU-IOTA, CHU-OS, Hôpital du Mali) et l'hôpital Mère-enfant qui constituent la 3^{ème} référence ;
- le niveau intermédiaire constitué de 7 EPH (Kayes, Kati, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao) assurent la 2^{ème} référence ;
- le niveau opérationnel avec ses 2 échelons qui sont :
 - * le premier échelon composé de 1134 CSCOM fonctionnels en 2012 offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) de même que les structures de santé parapubliques Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), confessionnelles, services de santé des armées, dispensaires et autres établissements de santé privés ;
Les données de certaines ONG sont agrégées avec celles des CSCOM. Le PMA comprend : les soins curatifs, préventifs (santé de la reproduction, survie de l'enfant, vaccination) et promotionnels.
 - * le deuxième échelon ou première référence est constitué de 60 centres de santé de référence. Il assure la prise en charge de la référence/évacuation venant du premier échelon.

Tableau I: Structures publiques et communautaires de prestations de soins en 2011

SECTEUR	NIVEAU	STRUCTURE SANITAIRE	NOMBRE
Public	National	Etablissements Publics Hospitaliers	5
		Centre de transfusion sanguine	1
	Régional	Etablissements Publics Hospitaliers	8
	District sanitaire	Centre de santé de référence	60
Communautaire et Associatif	District sanitaire	Centre de santé communautaire	1134
		Centre de Conseil Dépistage	396
		Volontaire du VIH	

Source : *Annuaire statistique, 2012.*

Sur le plan du secteur privé, autorisé depuis 1985, l'exercice de la profession sanitaire s'est surtout concentré dans les grandes villes, principalement à Bamako.

Face aux structures de santé publiques et communautaires, le secteur privé à but lucratif et non lucratif a acquis un bon dynamisme à travers ses structures de prestations de soins (cabinet de consultation, cliniques et polycliniques, dispensaires et infirmeries confessionnels, professionnels, corporatifs, etc.), les officines et dépôts pharmaceutiques.

Tableau II: Répartition des structures par statut et par région

REGIONS	Public	Privé	Confessionnel	Parapublic	Total
BAMAKO	79	528	8	7	627
GAO	72	13	0	4	89
KAYES	206	86	0	6	298
KIDAL	15	0	0	2	17
KOULIKORO	197	182	3	7	389
MOPTI	167	31	5	2	205
SEGOU	190	91	4	7	293
SIKASSO	218	99	5	6	330
TOMBOUCTOU	86	8	0	2	96
Total general	1 230	1 038	25	43	2344

Source: Rapport de mise à jour de la Carte Sanitaire 2011 CPS/MS

En comptabilisant parmi les structures publiques les Centres de Santé Communautaires, il existe 1230 structures publiques dont 218 (18%) dans la région de Sikasso, suivie de celle de Kayes 206 (17%). Les régions de Bamako, Gao et Kidal sont les moins desservies par les structures publiques avec respectivement 6% et 1%.

Les structures privées sont au nombre de 1038 dont 51% à Bamako, 18% à Koulikoro et 10% à Kayes.

Nous avons compté seulement 33 structures confessionnelles et 43 parapubliques.

Tableau III: Répartition des structures par type et par région

REGIONS	BAMAKO	GAO	KAYES	KIDAL	KLIKORO	MOPTI	SEGOU	SIKASSO	TBCTOU	Total Général
Cscom	62	67	198	11	186	155	181	208	79	1147
Csref	6	4	7	4	9	8	8	9	5	60
Hôpital	7	1	1	0	1	2	1	1	1	15
Policlinique	7	0	1	0	2	0	0	1	0	11
Clinique	69	1	4	0	9	0	5	14	0	102
Cabinet	192	0	30	0	59	5	18	22	4	330
CMIE	5	2	3	0	5	1	4	4	1	25
Garnison	2	2	3	2	3	1	3	2	1	19
Confessionnelle	8	0	0	0	3	5	4	5	0	25
Pharmacie	214	10	44	0	96	23	58	51	4	500
Laboratoire	8	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Imagerie	3	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Ecole de santé	27	2	7	0	10	4	9	12	1	72
Traditionnelle	12	0	0	0	6	0	2	0	0	20
Recherche	5	0	0	0	0	1	0	0	0	6
Total	627	89	298	17	389	205	293	330	96	2344

Source: Rapport de mise à jour de la Carte Sanitaire 2011, CPS /MS

Le pays compte au total 2 344 structures œuvrant soit pour la production directe de soins ou en appui à la production de soins de santé. Ainsi, on a dénombré 1 147 CScOm, 330 cabinets et 102 cliniques parmi les structures offrant directement les soins de santé. D'autre part, parmi les structures appuyant la production des soins de santé, l'on a recensé 500 officines de pharmacie, 72 écoles de formation en santé et seulement 6 centres de recherche en santé.

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

1.3. Situation de la lutte contre le paludisme au Mali

A l'image des pays endémiques de la région africaine, le Mali a souscrit très tôt aux différents engagements de la communauté internationale en faveur de la lutte contre le paludisme.

1.3.1. Aspects institutionnels

La dernière restructuration de la lutte contre le paludisme au Mali remonte à l'année 2007 selon les 2 Décrets suivants

➡ Décret N° 07-022/P-RM du 18/07/2007 portant création du Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP) comme service rattaché au Secrétariat Général du Ministère chargé de la Santé. Ainsi, le PNLN est chargé de :

- contribuer à la conception et à l'élaboration des stratégies nationales en matière de lutte contre le paludisme ;
- coordonner les recherches et études dans le domaine de la lutte contre le paludisme ;
- contribuer à l'élaboration des normes et des procédures et veiller à leur application ;
- préparer les plans d'actions et veiller à leur mise en œuvre.

➡ Décret N°07-253/P-RM du 02/08/2007 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement du PNLN. Conformément à ce Décret, on distingue :

- des organes d'administration et de gestion du PNLN représentés par :

- le Comité d'orientation qui est présidé par le Ministre de la santé ou son représentant ;
- la Direction dirigée par un Directeur nommé par décret pris en Conseil des Ministres a rang de Directeur de service central. Le Directeur est assisté et secondé par un Directeur adjoint ;
- des structures : le PNLP comprend une Unité Administrative et Financière qui a rang de Division et 4 Divisions techniques que sont :
 - la Division Planification et Suivi/Evaluation chargée de (i)-élaborer le plan opérationnel et (ii)-assurer le suivi/évaluation de la mise en œuvre ;
 - la Division Surveillance Epidémiologique et Recherche chargée de (i)-promouvoir la recherche sur le paludisme, (ii)-veiller à la détection des cas d'épidémies de paludisme, à la notification et à l'analyse des données, (iii)-appuyer les structures opérationnelles dans la gestion des épidémies de paludisme;
 - la Division Prévention et Prise en charge des cas chargée de (i)-mettre à jour la base des données du PNLP, (ii)-assurer le renforcement des capacités des prestataires en matière de lutte contre le paludisme ; participer à l'élaboration des normes en matière de diagnostic et de traitement, (iii)-mettre en œuvre les activités de lutte anti larvaire, (iv)-coordonner les activités de prise en charge des cas, (v)-centraliser les besoins en médicaments et tests de diagnostic rapide en rapport avec la Direction de la Pharmacie et du Médicament et l'Unité Administrative et Financière ;

- la Division Communication et Mobilisation sociale chargée de (i)-élaborer les supports, (ii)-élaborer les stratégies de communication nationales en matière de communication et de mobilisation sociale sur le paludisme, (iii)-participer aux activités de communication et de mobilisation sociale de lutte contre le paludisme, (iv)-assurer le marketing social en matière de lutte contre le paludisme.

1.3.2. Situation épidémiologique du paludisme

Le paludisme constitue l'une des premières causes de morbidité et de mortalité au Mali. En effet, il représente la première cause de morbidité et de mortalité. Selon le Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) en 2012 (44%), suivi des infections respiratoires aiguës (11,95%) et des diarrhées (4,57%).

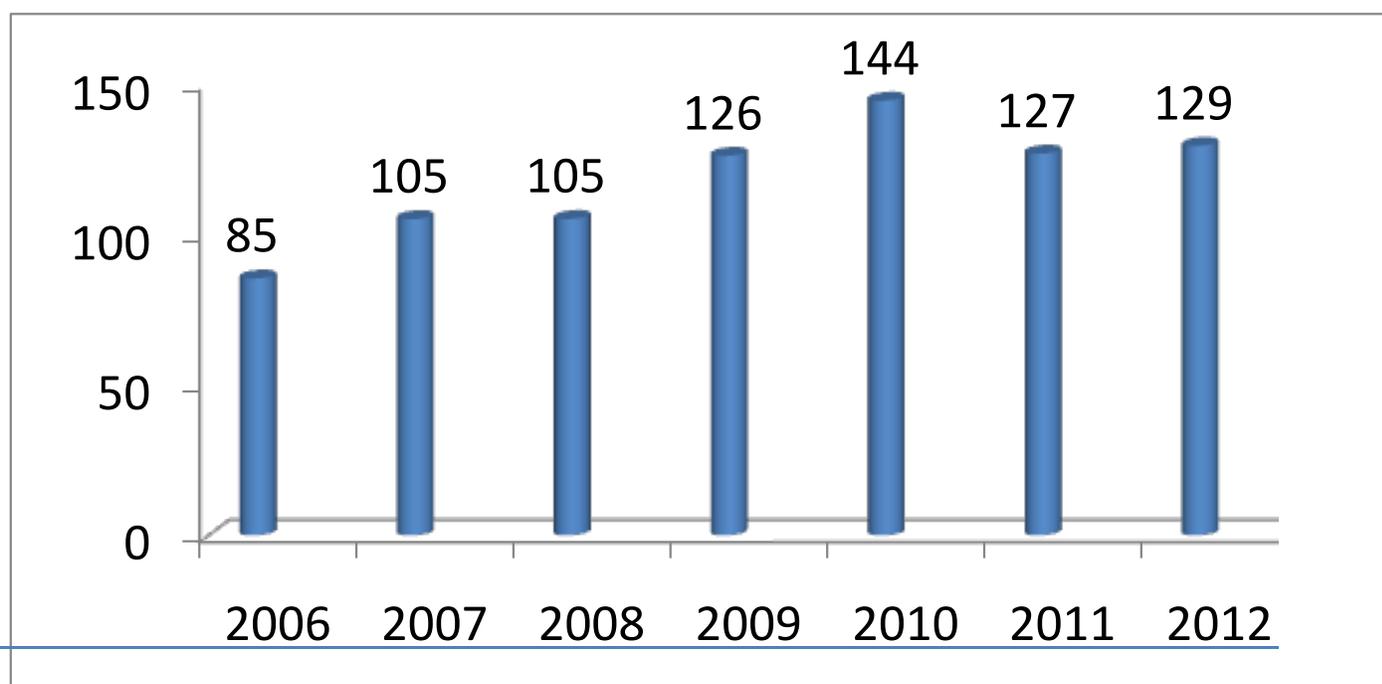


Figure 2 : Evolution de l'incidence du paludisme % de 2006 à 2012

Source : SLIS 2006 à 2012

Nous constatons une augmentation de l'incidence du paludisme sur les cinq années particulièrement entre 2009 et 2010, ceci pourrait s'expliquer par les différentes formations des agents et l'amélioration de la collecte des données au niveau opérationnel. A partir de 2011, il y a une baisse de l'incidence pouvant s'expliquer

par la mise à l'échelle des différentes stratégies notamment la couverture universelle en MILD.

Toute la population du Mali est exposée au paludisme mais les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les plus vulnérables.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-V 2012- 2013), la prévalence nationale de la parasitémie est de 52% chez les enfants de moins de 5 ans. La prévalence du paludisme est la plus élevée à Mopti (71%), Sikasso (62%), Ségou (56 %) et Koulikoro (50 %). Inversement, la prévalence du paludisme est la plus faible à Bamako (10 %). Cependant, selon l'Enquête sur l'Anémie et la Parasitémie Palustre (EA&P 2010) qui a concerné toutes les régions la prévalence nationale de la parasitémie est de 38% chez les enfants de moins de 5 ans. La prévalence pour les régions du nord était de 17%. (EA&P 2010).

Les agents pathogènes les plus courants sont (Dumbo et al., 1991, 1992) :

- *Plasmodium falciparum* contribue de 85 à 90% de la formule parasitaire est responsable des formes létales, graves et compliquées du paludisme au Mali;
- *Plasmodium malariae*, contribue pour 10-14% de la formule parasitaire ;
- *Plasmodium ovale*, contribue pour 1% de la formule parasitaire.

Les principaux vecteurs du paludisme au Mali sont (Touré et al, 1986, 1998) :

- Complexe *Anopheles gambiae* sl avec ses formes chromosomiques (*An. gambiae* ss forme chromosomique Mopti, Bamako, Savana) et *Anopheles arabiensis* ;
- *Anopheles funestus*.

Les niveaux de transmission du paludisme sont fonction des conditions écologiques et climatiques.

Ainsi, il existe une extrême variabilité du faciès épidémiologique en fonction des différentes strates (Doumbo et al., 1989 ; Doumbo 1992) :

- une zone soudano guinéenne à transmission saisonnière longue ≥ 6 mois. Dans cette zone, l'indice plasmodique chez les enfants est $\geq 80\%$. L'état de prémunition est acquis vers l'âge de 5-6 ans ;
- une zone sahélienne à transmission saisonnière courte ≤ 3 mois. Dans cette zone, l'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.
- des zones de transmission bi ou plurimodales comprenant le delta intérieur du fleuve Niger et les zones de barrage et de riziculture : Niono, Sélingué, Manantali et Markala. L'IP se situe entre 40-50%. L'anémie reste un phénotype clinique important ;
- des zones peu propices à l'impaludation particulièrement dans les milieux urbains comme Bamako et Mopti où le paludisme est hypo endémique. L'IP est $\leq 10\%$ et les adultes peuvent faire des formes graves et compliquées de paludisme.

Ces différents faciès sont fortement influencés par des modifications locales dues à des facteurs naturels ou anthropiques qui amènent des variations circonscrites dans l'espace.

- Les facteurs naturels sont :
 - 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 ;
 - les mares temporaires et les marécages.
- Les facteurs anthropiques sont:
 - les cultures irriguées et le maraîchage;
 - la migration et le nomadisme;
 - l'urbanisation.

1.3.3. Stratégies nationales de lutte contre le paludisme

Les stratégies de lutte contre le paludisme appliquées par le PNLP du Mali s'inspirent fortement des recommandations prônées par l'OMS au niveau mondial.

1.3.3.1. Prévention du paludisme

La prévention du paludisme est une composante majeure de la lutte contre le paludisme. Elle comprend des mesures préventives individuelles et collectives.

1.3.3.1.1. Lutte antivectorielle

La lutte anti vectorielle a pour but de réduire le contact homme-vecteur afin de rompre la transmission du paludisme.

1.3.3.1.1.1. Lutte contre les vecteurs adultes

☞ *Moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée*

La Moustiquaire Imprégnée d'insecticide Longue Durée (MILD) constitue la principale stratégie qui offre une protection individuelle.

L'utilisation de la MILD par tous les ménages est une priorité dans le cadre de la couverture universelle. Le choix de la MILD doit être fait par un comité d'experts nationaux sur la base des recommandations du World Health Organization Pesticides Evaluation System (WHOPES).

Les MILD sont distribuées gratuitement en routine aux femmes enceintes au cours de la Consultation Périnatale (1er contact) et aux enfants de moins d'un an pendant la vaccination ou tout autre contact (Semaine d'Intensification des Activités de Nutrition, consultations préventives des enfants sains, événements sociaux).

En vue de permettre une couverture universelle permanente en MILD, des campagnes de distribution de masse doivent être organisées périodiquement dans les zones à risque de paludisme.

En plus des MILD, d'autres matériaux imprégnés d'insecticides, comme les rideaux et les grillages placés aux fenêtres et portes des habitations, pourraient être utilisés en fonction du type d'habitat et des faciès épidémiologiques des zones ciblées.

➤ ***Pulvérisation intradomiciliaire***

L'objectif de la Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) est la réduction de la population vectrice des zones ciblées. L'application de la PID doit se faire sur la base de critères épidémiologiques et entomologiques spécifiques de la zone ciblée.

La mise en œuvre initiale de la PID et son extension ne doit être envisagée qu'après une évaluation en début, à mi-parcours et finale. De même, la mise en œuvre de la PID doit être documentée à travers la recherche opérationnelle en vue de tirer les leçons apprises et corriger les insuffisances à l'occasion du futur cycle.

Les procédures techniques d'application de la PID au niveau communautaire et les spécifications des insecticides à utiliser doivent être élaborées par un comité d'experts nationaux sur la base des recommandations de l'OMS (WHOPES).

➤ ***Assainissement du milieu et amélioration de l'habitat***

En complément des interventions de lutte antivectorielle adoptées, des mesures d'assainissement du milieu et de gestion de l'environnement doivent être mises en place pour améliorer le cadre de vie en général et l'habitat en particulier.

Dans le cadre d'une approche multisectorielle, il importe de développer un partenariat diversifié et solide avec la société civile et d'autres départements ministériels.

1.3.3.1.1.2. Lutte antilarvaire

Les méthodes envisagées pour la destruction des gîtes larvaires sont de types chimiques, biologiques et mécaniques. Les activités de lutte antilarvaire doivent être précédées de la cartographie des gîtes larvaires et accompagnées systématiquement de projets de recherche opérationnelle.

Les spécifications des insecticides à utiliser et les procédures techniques de mise en œuvre de la lutte antilarvaire doivent être définies par des experts nationaux sur la base des recommandations de l'OMS (WHOPEs).

1.3.3.1.1.3. Gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides

Dans le cadre de la lutte antivectorielle, un système de surveillance de la sensibilité des vecteurs aux insecticides doit être mis en place au niveau de sites sentinelles, y compris le contrôle de qualité des MILD, conformément aux protocoles et recommandations de l'OMS (WHOPEs).

Le niveau et les mécanismes de la résistance des vecteurs aux insecticides dans le pays doivent être cartographiés. Le suivi de la dynamique de la résistance doit se faire en routine par le PNLP en partenariat avec les institutions nationales de recherche habilitées.

1.3.3.1.2. Prévention du paludisme chez la femme enceinte

En plus de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée par les femmes enceintes, la femme enceinte doit recevoir le traitement Préventif Intermittent (TPI) avec la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) à raison d'au moins 3 cures de 3 comprimés en prises supervisées et espacées d'au moins un mois, à partir du 4ème mois de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

Le médicament pour le TPI reste la SP. Le TPI doit être mis en œuvre à tous les niveaux du système de santé.

Des directives sur la prévention du paludisme chez la femme enceinte doivent être régulièrement mises à jour sur la base des recommandations de l'OMS.

1.3.3.1.3. Chimio prévention chez des groupes spécifiques

1.3.3.1.3.1. Chimio prévention du Paludisme Saisonnier à P.f chez l'enfant

La Chimio prévention du Paludisme Saisonnier chez l'enfant (CPSe) consiste à administrer chez les enfants de 3 à 59 mois 4 doses de SP et d'Amodiaquine à un mois d'intervalle, pendant la période de haute transmission du paludisme.

La CPSe doit être mise en œuvre dans les zones ciblées en s'appuyant sur une approche communautaire de distribution.

1.3.3.1.3.2. Autres groupes spécifiques

Des traitements préventifs du paludisme pour les différents groupes spécifiques (sujets neufs, immunodéprimés, drépanocytaires, femmes enceintes séropositives) doivent être appliqués conformément aux directives nationales en vigueur adaptées aux recommandations de l'OMS.

1.3.3.2. Prise en charge des cas de paludisme

La politique de traitement comprend d'une part les directives relatives à un diagnostic précoce et à un traitement rapide et efficace, et d'autre part la disponibilité et l'utilisation rationnelle d'antipaludiques de qualité. Elle doit être adaptée de manière appropriée au contexte local chaque fois que cela est nécessaire.

1.3.3.2. 1. Diagnostic du paludisme

Conformément aux recommandations de l'OMS, tout cas suspect de paludisme vu au niveau d'une formation sanitaire ou dans la communauté (Agent de santé communautaire) doit être d'abord testé pour confirmation.

Les deux méthodes habituellement utilisées au Mali pour le diagnostic parasitologique du paludisme sont la microscopie (Goute Epaisse/Frotis Mince) et le Test de Diagnostic Rapide (TDR).

Est considéré comme paludisme, tout cas suspect confirmé parasitologiquement par microscopie ou TDR.

Le PNLP doit élaborer et mettre à jour sur la base des recommandations de l'OMS les directives techniques nationales sur les procédures de mise en œuvre du diagnostic parasitologique du paludisme chaque fois que cela est nécessaire.

1.3.3.2. 2. Confirmation par la microscopie

La microscopie est l'examen de référence pour la confirmation des cas de paludisme dans les formations sanitaires. Elle doit toujours être réalisée en première intention là où elle est possible au niveau des formations sanitaires publiques, communautaires (CSCoM), confessionnelles et privées.

1.3.3.2. 3. Confirmation par les TDR

Les TDR doivent être utilisés dans les formations sanitaires sans laboratoire fonctionnels et systématiquement au niveau communautaire par les Agents de Santé Communautaire (ASC).

Les spécifications des TDR utilisés au Mali doivent être périodiquement mises à jour par un comité d'experts nationaux sur la base des recommandations de l'OMS.

1.3.3.2.4. Assurance - qualité des services de laboratoire

Un système d'assurance - qualité doit être mis en place pour les laboratoires assurant dans le pays le diagnostic parasitologique du paludisme. Ce système a pour but de standardiser les procédures de laboratoire en général (réseau de laboratoires) et d'harmoniser les techniques de la réalisation de la microscopie et des TDR en particulier dans le cadre du renforcement des compétences des personnels de laboratoire.

Des contrôles de qualité internes et externes doivent être régulièrement organisés au niveau décentralisé sous la direction du PNLP en collaboration avec des structures nationales de référence (laboratoires centraux, Universités).

1.3.3.2. 2. Traitement du paludisme

Le traitement antipaludique est fonction de la forme de paludisme et du niveau de la prestation de soins.

Le PNLP doit élaborer et mettre à jour, au besoin, les directives techniques nationales de prise en charge des cas de paludisme.

1.3.3.2. 2.1. Traitement du paludisme simple

L'objectif du traitement du paludisme simple est de guérir la maladie palustre. Il permet de prévenir la progression vers une forme grave et d'éviter la mortalité et la morbidité associée à un échec thérapeutique.

Les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) sont celles retenues pour le traitement du paludisme simple conformément aux directives nationales.

Les CTA doivent être utilisées dans les formations sanitaires publiques, privées et dans la communauté.

Dans les zones du pays, candidates à un programme d'élimination, les directives thérapeutiques doivent être adaptées conformément aux recommandations de l'OMS.

Les **monothérapeutiques orales à base d'Artémisinine** ne doivent être en aucun cas utilisées par les secteurs publics et privés, conformément à la Résolution 60.18 adoptée par l'ensemble des États membres de l'OMS lors de la 60^{ème} Assemblée mondiale de la santé en mai 2007.

1.3.3.2.2.2. Traitement pré-transfert de cas de paludisme grave

Les dérivés de l'Artémisinine (injectable ou suppositoire) et la quinine injectable doivent être utilisés pour un traitement pré-transfert vers une formation sanitaire de référence.

1.3.3.2.2.3. Traitement du paludisme grave

L'objectif principal du traitement antipaludique en cas de paludisme grave est de prévenir le décès et les complications néfastes aggravant le pronostic de guérison du patient.

Les dérivés de l'artémisinine et la quinine injectables sont ceux retenus pour traiter les cas de paludisme grave. La préférence doit être donnée à l'artesunate injectable.

Dès que l'état du patient s'améliore et qu'il peut tolérer un traitement oral antipaludique, le relais du traitement parentéral à l'artésunate ou à la quinine doit se faire avec les CTA conformément aux directives thérapeutiques nationales.

1.3.3.2.2.4. Traitement du paludisme pendant la grossesse

➤ Pour le paludisme simple

Le traitement doit être fait avec la quinine en comprimé au cours du premier trimestre de la grossesse et les CTA à partir du deuxième trimestre.

➤ Pour le paludisme grave

L'objectif principal du traitement chez la femme enceinte est de sauver la vie de la mère et du fœtus. La quinine parentérale est utilisée au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse et l'artésunate parentérale à partir du 2^{ème} trimestre.

1.3.3.2.2.5. Surveillance de l'efficacité des antipaludiques

La surveillance de la sensibilité des plasmodies aux antipaludiques a pour objectif d'identifier les tendances géographiques de la résistance et voir s'il y a une émergence ou une propagation d'une pharmacorésistance. Les données obtenues doivent permettre de réorienter les choix thérapeutiques et prévoir les caractéristiques futures de la résistance.

Dans ce cadre, le suivi de l'efficacité thérapeutique des antipaludéens doit être fait périodiquement en particulier pour ceux destinés au traitement du paludisme simple à *P. falciparum* selon le protocole OMS mis à jour en 2009. Ainsi, la mise en œuvre du système doit être faite à travers des sites sentinelles sous la supervision du PNLP et en coordination avec des institutions de recherche et/ou des universités.

1.3.3.2.2.6. Système de pharmacovigilance

Le système de pharmacovigilance doit contribuer à la sécurité des patients lors de l'utilisation des antipaludiques.

Le PNLP en collaboration avec les structures de référence du ministère de la santé et des institutions spécialisées doit appuyer l'élaboration de directives techniques et d'un plan national pour la mise en œuvre d'un système de pharmacovigilance au niveau opérationnel.

1.3.3.2.2.7. Collaboration avec le secteur privé

Le PNLP doit collaborer avec le secteur privé en vue d'harmoniser les directives techniques de prise en charge et les mesures préventives sur le paludisme. Dans ce cadre, le PNLP et la Direction Nationale de la Santé (DNS) doivent développer des modèles innovants pour la participation du secteur privé dans la lutte contre le paludisme.

1.3.3.3. Lutte contre les épidémies de paludisme

La gestion des épidémies de paludisme doit se faire dans le cadre du Système de la surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR).

La surveillance épidémiologique et entomologique doit être renforcée à travers des sites sentinelles et la prise en compte de données pluviométriques.

En cas de confirmation d'une épidémie de paludisme, des mesures urgentes doivent être prises pour y répondre de façon prompte conformément aux directives techniques nationales en vigueur.

1.3.3.4. Interventions de soutien à la lutte contre le paludisme

1.3.3.4.1. Plaidoyer, Communication et Mobilisation sociale

La communication pour le changement social et de comportement constitue une stratégie essentielle pour améliorer l'utilisation des services de prévention et de prise en charge du paludisme. Dans ce cadre, un large partenariat avec les structures spécialisées en communication et la communauté doit être renforcé. De même, un plaidoyer de haut niveau en faveur de la lutte contre le paludisme doit être maintenu auprès des décideurs politiques et des leaders communautaires.

1.3.3.4.2. Renforcement des capacités du système de santé pour la lutte contre le paludisme

La lutte contre le paludisme doit se faire dans un système de santé renforcé avec une définition claire des rôles des différentes parties prenantes.

L'intégration de la lutte antipaludique dans le système national de santé doit être faite à tous les niveaux lors de:

- la conception, la planification et l'évaluation des capacités au niveau central ;
- la mise en œuvre des activités et des évaluations des performances du système de santé ;
- la mobilisation des ressources auprès du Gouvernement et des partenaires au développement.

1.3.3.4.3. Approvisionnement et gestion des intrants antipaludiques

1.3.3.4.3.1. Approvisionnement et distribution des intrants

La disponibilité permanente des intrants pour la lutte contre le paludisme est essentielle pour la continuité des services de prévention et de traitement. Pour cela, un plan de gestion des achats et des stocks doit être élaboré par le PNLP en collaboration avec les partenaires. La quantification des intrants de lutte contre le paludisme doit être faite sur la base de méthodes scientifiquement validées.

L'approvisionnement et la distribution en intrants pour la lutte contre le paludisme doit se faire à travers le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME).

La distribution des intrants acquis dans le cadre de projets spécifiques sur le paludisme doit se faire en étroite collaboration avec le PNLP et les autres services techniques du Ministère de la Santé.

La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) doit assurer la supervision des acquisitions et des enregistrements des intrants de lutte contre le paludisme dans le cadre du SDADME.

1.3.3.4.3.2. Contrôle-qualité des intrants

Le contrôle-qualité des intrants de lutte contre le paludisme tant au cours de l'acquisition qu'en cours d'utilisation doit être assuré par le Laboratoire National de la Santé (LNS) en partenariat avec les laboratoires de référence internationaux recommandés par l'OMS.

1.3.3.4.4. Surveillance, suivi/évaluation et recherche opérationnelle

1.3.3.4.4.1. Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation doivent permettre de mesurer les progrès sur la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme. Dans le cadre du plan stratégique en vigueur, le PNLP doit élaborer un plan de suivi/évaluation en collaboration avec les partenaires, conformément au concept des "3 uns"(un seul mécanisme de coordination ; un seul plan stratégique et un seul plan de suivi évaluation).

Le suivi et l'évaluation des interventions de lutte antipaludique doivent se faire à travers les organes et instances du PRODESS.

La gestion de l'information sur le paludisme doit se faire en collaboration avec toutes les parties impliquées sous la supervision du comité de pilotage de la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme.

La diffusion des résultats du Programme doit se faire de façon périodique aux différents acteurs, partenaires et décideurs du pays.

1.3.3.4.4.2. Recherche opérationnelle

Au Mali, plusieurs institutions de recherche travaillent sur la thématique du paludisme. Dans le cadre du partenariat entre le PNLP et les institutions de recherche, des études/enquêtes sur le paludisme doivent être périodiquement réalisées en vue de documenter les expériences et l'impact des interventions de lutte antipaludique.

1.3.4. But, objectifs et cibles de la lutte antipaludique au Mali

a)- 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.

b)- Cadre stratégique du Plan stratégique du PNLP 2013-2017

➤ Objectifs du Plan

D'ici fin 2015 et au-delà :

- Réduire les décès liés au paludisme à un chiffre proche de zéro;
- Réduire les cas de paludisme d'au moins 75% par rapport à l'année 2000;
- Renforcer les capacités de coordination et de gestion du Programme

➤ Priorités du Plan

- Assurer un accès universel aux mesures de prévention pour 100% de la population à risque de paludisme, notamment l'utilisation des MILD, du TPI chez les femmes enceintes et de la Chimio Prévention du paludisme Saisonnier (CPSe) 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, privées) ;
- Assurer la confirmation biologique pour 100% des cas suspects de paludisme vus par les agents de santé communautaires (TDR);
- 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 communautaire;

- 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 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 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 » entre les pays en vue de mobiliser un financement viable (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.

➤ **Résultats attendus du Plan**

D'ici fin 2015 et au-delà :

- Au moins 80% de la population à risque de paludisme utilise 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 chimio-prévention saisonnière du paludisme 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 formations sanitaires 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 préventions 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.

2. ANALYSE SITUATIONNELLE DU SYSTEME DE SUIVI/EVALUATION

2.1. Système national de suivi et évaluation

a)-Description

Le système d'information au Mali est alimenté par différentes sources :

- ❖ **le Système d'Information Sanitaires (SIS):** c'est à travers ce système que se fait la collecte de routine pour les statistiques sanitaires du pays.

Le SIS dispose de supports spécifiques qui permettent de collecter (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 système de Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR) :**

C'est à travers ce système que sont collectées dans les formations sanitaires des données sur les maladies prioritaires et sont envoyées au niveau central (service de surveillance), y compris les données du paludisme en vue d'une action 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, mais aussi sur le laboratoire, l'entomologie et l'efficacité thérapeutique des antipaludiques d'autre part. Il s'agit de données complémentaires qui ne sont pas prises en compte par le SNIS actuellement. Des outils spécifiques sont mis en place au niveau de ces sites ;

❖ **les études et recherches :** elles permettent de documenter d'avantage certains aspects spécifiques en rapport avec la prévention ou la prise en charge du paludisme.

b)- Performance

Niveau local:

Les structures de santé du premier échelon collectent, enregistrent et analysent les données sur les supports durs. Elles transmettent trimestriellement les rapports au niveau Centre de Santé de Référence (CSRef), qui fait la saisie sur le DESAM,

vérifie, analyse et transmet les données au niveau de la région sous la forme de copie dure pour le RTA et copie électronique pour le DESAM. La rétro information est faite aux CSCOM par rapport aux écarts constatés entre les copies dures et électroniques. Le niveau cercle assure la formation et le suivi des CSCOM.

Niveau régional:

La Direction régionale procède à son tour à la mise à jour des copies électroniques, puis vérifie, analyse et interprète les données afin d'orienter la prise de décision. Elle envoie une copie dure et électronique du RTA à la Direction Nationale de la Santé et fait la rétro information aux CSRef par rapport aux écarts constatés.

Il assure la formation, le suivi au niveau des CSREF et des CSCOM.

Niveau national:

Il assure la formation, le suivi au niveau des régions et des CSREF.

Les copies électroniques reçues des régions font l'objet de vérification, de traitement sur DESAM, d'analyse et d'interprétation. Les RTA sont archivés au niveau de la Section Système Local d'Information Sanitaire (SLIS). D'autres logiciels d'analyse (Epi Info, Health Mapper, ARCGIS...) sont utilisés à ce niveau pour l'analyse des données. Les informations sont agrégées et utilisées pour la prise de décision. La rétro information est faite aux Direction Régionale de la Santé (DRS) et CSRef. La transmission est faite à la Cellule de Planification et de Statistiques (CPS), au cabinet du Ministère de la Santé et aux partenaires après validation.

2.2. Système de suivi/évaluation pour la lutte contre le paludisme

En plus du monitoring des activités réalisées de façon ponctuelle par les équipes des différents niveaux du système de santé et celles des partenaires, il existe 13 sites sentinelles qui permettent d'assurer la surveillance de la résistance

du parasite aux antipaludiques, la sensibilité des vecteurs aux insecticides, la pharmacovigilance des antipaludiques, le contrôle de qualité des antipaludiques, la documentation de données de qualité sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme.

Une revue du plan stratégique 2007-2011 a permis d'évaluer le système de suivi-évaluation du PNLP. Les points suivants ont été mis en exergue :

- des efforts ont été entrepris pour renforcer le système de surveillance, de suivi et d'évaluation du PNLP. Ces efforts sont matérialisés par l'implication de 4 divisions du PNLP et l'existence d'un plan national de suivi-évaluation et par la mise en place d'un Comité national d'orientation qui joue le rôle d'organe d'impulsion, d'orientation et d'appui à la coordination du PNLP ;
- les défis identifiés sont en rapport avec l'insuffisance de ressources humaines, financières et matérielles et dans l'organisation du système national de suivi-évaluation.

Des recommandations ont été formulées à savoir:

- allouer 7 à 10 % des ressources de la lutte antipaludique au financement du système de suivi/évaluation du PNLP et renforcer les capacités en suivi évaluation des régions et districts sanitaires ;
- réviser les outils du SNIS pour y intégrer les données sur le paludisme non prise en compte ;
- et utiliser l'information produite pour la prise de décision à tous les niveaux.

3. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN DE SUIVI/EVALUATION

Le présent plan de suivi évaluation a été élaboré au cours d'un processus participatif et consultatif afin de garantir l'adhésion des acteurs qui sont impliqués dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Globalement,

le processus d'élaboration du Plan national de suivi/évaluation du PNLP s'est déroulé en 3 étapes :

- **Etape 1** : la seconde génération de Plan stratégique couvrant la période 2007 - 2011 est arrivée à terme offrant au PNLP l'opportunité de réaliser une revue de performance. C'est ainsi qu'a eu lieu l'atelier de revue thématique du 02 au 12 Août 2011 au siège de l'OMS Mali avec le financement des partenaires Roll back Malaria (RBM), President's Malaria Initiative (PMI) (via MEASURE Evaluation). C'est au cours de cet atelier qu'avait été faite l'analyse de la situation qui a permis de ressortir les problèmes actuels du système de suivi/évaluation du Programme. Un groupe de finalisation a été mis en place pour la rédaction du rapport global de la revue de performance du Programme du 05 au 16 décembre 2011 ;
- **Etape 2** : mise en place d'un comité de pilotage : à la suite de la revue de performance du Programme, un comité de pilotage a été mis en place pour élaborer le draft zéro du plan de suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme (voir composition du Comité de pilotage en annexe 2). C'est au cours des différentes séances de travail de ce comité qu'ont été identifiés les objectifs, les stratégies et les activités essentielles d'une part, ainsi que les mécanismes de coordination et de financement du Plan de Suivi/évaluation d'autre part ;
- **Etape 3** : organisation d'un atelier national de validation technique du draft zéro du plan de suivi/évaluation du PNLP avec l'appui technique et financier de RBM et de l'OMS. Cet atelier, organisé du 22 au 24 avril 2013, avait comme principaux thèmes de discussions (i)-la liste des indicateurs de suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme,

(ii)-l'harmonisation des outils du système de collecte des données, (iii)-l'harmonisation des outils de suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme, (vi)-le circuit de transmission des données du paludisme de la périphérie au niveau central, (v)-la finalisation du plan d'action opérationnel budgétisé. Il faut noter que le processus d'élaboration du présent Plan a permis d'aboutir à des résultats techniques satisfaisants du fait de la mobilisation et de l'engagement des acteurs de terrain et des partenaires impliqués dans sa préparation. La diversité des thèmes présentés et les discussions qui s'en sont suivies ont permis à l'ensemble des participants d'avoir une compréhension commune du cadre défini pour le renforcement du système de suivi/évaluation et des mécanismes de coordination de la mise en œuvre des activités planifiées.

4. CADRE THEORIQUE POUR LE SUIVI/EVALUATION

4.1. Concepts et organisation générale d'un système de suivi/évaluation

4.1.1. Définition de concepts de suivi/évaluation

Elle porte sur la clarification des différents concepts et leur niveau d'intégration.

❖ Le suivi

❖ Le suivi est une fonction permanente qui vise essentiellement à fournir aux services de gestion d'un projet et aux parties prenantes à un programme ou projet en cours, des indications sur les progrès réalisées ou sur leur absence dans la réalisation des objectifs du projet.

❖ L'évaluation

❖ L'évaluation est un exercice de durée limitée qui vise à apprécier systématiquement et objectivement la pertinence, la performance et le succès des projets en cours ou achevés.

❖ **Le monitoring**

Le monitoring est le suivi périodique des éléments clés de la performance d'un programme/projet, généralement des apports et des résultats, grâce à la tenue des rapports, à des intervalles réguliers et à des systèmes de surveillance ainsi que l'observation des centres de santé et des enquêtes auprès des clients.

❖ **La supervision**

La supervision est le suivi du personnel dans l'accomplissement de ses gestes pour noter si ces derniers sont conformes aux normes et standards de prise en charge et de prévention en matière de lutte contre le paludisme.

❖ **Les indicateurs de performance**

Ce sont des faits, des mesures, des quantités, des opinions ou perceptions qui aident à apprécier les changements survenus ou désirés. Les indicateurs peuvent être quantitatifs (mesure des quantités avec des statistiques, des enquêtes) ou qualitatifs (jugement ou perception)

4.2. Fonctions et organisation d'une unité de suivi/évaluation d'un PNLP

a)- Fonctions essentielles d'une unité de suivi/évaluation

- Collecter et compiler les informations sur le paludisme au niveau pays ;
- Mettre en place et maintenir une base de données dynamique sur le paludisme ;
- Mettre en place et maintenir un lien fonctionnel avec les partenaires essentiels impliqués dans le suivi/évaluation du paludisme, incluant ceux au niveau du Ministère de la Santé et toute autre structure impliquée dans l'information sanitaire;
- Analyser et interpréter les données du programme pour faire ressortir des résultats en rapport avec les différents indicateurs adoptés;
- Développer et mettre à jour régulièrement le profil pays sur le paludisme ;

- Elaborer et diffuser des bulletins de retro information, des rapports trimestriels et annuels sur la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme ;
- Renforcer les capacités en suivi/évaluation à tous les niveaux du système de santé
- Fournir les informations nécessaires aux structures de recherches sur le paludisme.

b)- Base de données du paludisme

L'unité de suivi/évaluation doit avoir une base de données comprenant toutes les données en rapport avec le paludisme générées par les districts, le PNLP, d'autres services du Ministère de la santé, les bureaux de l'office national des statistiques, les ONG et autres partenaires. Cette base doit être dynamique et sa mise à jour devra être assurée par le statisticien/démographe et le gestionnaire de données.

La base de données paludisme devrait comprendre 2 éléments de gestion de données :

- supports physiques: comme les rapports des activités de monitoring et de supervision fournis par le PNLP et les partenaires ;
- supports électroniques: idéalement, la gestion de données se fait à travers une base de données électronique.

c)- Locaux et équipements

Une unité de S/E fonctionnelle devrait avoir un espace de travail adéquat avec des équipements et un système d'archivage des dossiers essentiels notamment :

- des équipements de type ordinateurs de bureau/portable avec connexion internet;

- une unité informatique pour la base de données avec des logiciels statistiques (EPIDATA, EPI INFO, SPSS, STATA);
- d'autres équipements utiles comprenant des ordinateurs portables, des imprimantes, des photocopieuses, des vidéoprojecteurs, des disques externes, des clés USB, des appareils Fax, une connexion internet, des antivirus à jour etc ;
- un espace pour le stockage de la base documentaire (rapports d'activités, résultats de recherches, etc.) et des classeurs dans des étagères avec un archivage bien organisé utilisant des jeux de couleurs pour une identification rapide. Cet archivage est essentiel car il se peut que les données ne soient pas toujours disponibles sous forme électronique.

4.3. Normes en personnels pour une unité de suivi/évaluation

a)- Personnels d'une unité de S/E

Pour un meilleur fonctionnement, le personnel d'une unité de suivi/évaluation d'un PNLP devrait comprendre 1 épidémiologiste (Responsable de l'unité de S/E), 1 Statisticien/Démographe chargé du traitement et de l'analyse des données, 1 Sociologue chargé de l'analyse des données et 1 gestionnaire de données chargé de la saisie et de la gestion quotidienne de toutes les données (Indicateurs épidémiologiques et logistiques, ressources humaines et matérielles, intrants).

b)- Contribution des membres de l'équipe PNLP

L'unité de S/E du PNLP doit solliciter régulièrement la contribution des personnels des autres unités du Programme dans leurs domaines respectifs (PEC, LAV, Communication, Intrants, Comptabilité etc).

c)- Collaboration entre l'unité S/E du PNLP et autres services du Ministère de la Santé

Les liens fonctionnels entre le PNLP et les autres structures du Ministère de la Santé permettront d'obtenir régulièrement des données complètes sur le paludisme à travers le SNIS.

De même, le PNLP doit participer activement aux revues organisées par le Ministère de la Santé et les partenaires afin de s'assurer que les priorités et les indicateurs relatifs au paludisme sont toujours pris en compte dans les planifications et programmations nationales.

4.4. Objectifs et cibles de la lutte antipaludique au niveau international

Dans le cadre du partenariat «Faire Reculer le Paludisme » (FRP) et des engagements internationaux aussi bien au niveau africain que mondial, les cibles suivantes ont été fixées pour des échéances allant jusqu'à 2015. Les actions du PNLP définies dans le plan stratégique 2013-2017 s'alignent sur les Objectifs du Millénaire pour le développement. Les objectifs et buts clés de lutte contre le paludisme convenus au niveau international sont présentés ci-dessous.

4.4.1. Objectifs du Millénaire pour le Développement

➤ **Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile**

Indicateur 13 : Taux de mortalité des moins de cinq ans.

Indicateur 14 : Taux de mortalité des nourrissons.

➤ **Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies**

Cible 6.C : Arrêter la progression du paludisme et d'autres maladies et commencer à réduire leur prévalence d'ici 2015.

Indicateur 21 : Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie.

Indicateur 22 : Proportion de la population vivant dans des zones à risque et qui utilisent des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme.

4.4.2. Assemblée Mondiale de la Santé 2005

Mettre en place des politiques et des plans opérationnels au niveau national pour que d'ici à 2010, au moins 80 % des personnes exposées au paludisme ou qui en sont atteintes bénéficient d'interventions préventives et curatives d'envergure conformément aux recommandations techniques de l'OMS, afin d'obtenir une réduction du fardeau du paludisme d'au moins 50 % d'ici à 2010 et de 75% d'ici à 2015.

4.4.3. Plan stratégique mondial contre le paludisme

a)- D'ici 2010, surtout chez les personnes appartenant aux deux quintiles économiques les plus bas:

- 80 % des personnes exposées au paludisme sont protégés grâce à des méthodes locales efficaces de lutte antivectorielle, telles que les moustiquaires imprégnées d'insecticides et dans les cas appropriés, une pulvérisation intra-domiciliaire ainsi que d'autres mesures environnementales et biologiques ;
- 80 % des personnes atteintes du paludisme sont diagnostiqués et traités avec des médicaments antipaludiques efficaces, tels qu'une polythérapie à base d'Artémisinine, moins d'une journée après la déclaration de la maladie ;
- 80 % des femmes enceintes reçoivent un traitement préventif intermittent dans les zones de transmission stable ;
- le fardeau du paludisme est réduit de 50 % par rapport à l'an 2000.

b)- D'ici 2015 :

- la morbidité et la mortalité dues au paludisme sont réduites de 75 % par rapport à l'an 2000, non seulement sur la moyenne nationale, mais aussi chez les groupes les plus pauvres des pays concernés ;

- les OMD liés au paludisme sont atteints, non seulement sur la moyenne nationale, mais aussi chez les groupes les plus pauvres des pays concernés ;
- la couverture mise en place est universelle, équitable et efficace.

c)- Actualisation des objectifs, cibles, jalons et priorités du plan mondial contre le paludisme 2008-2015 actualisés (juin 2011) :

➤ **Objectif 1 : réduire la mortalité mondiale due au paludisme pour obtenir un chiffre proche de zéro d'ici la fin de 2015**

- **Cible 1.1** : atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge des cas dans le secteur public, avec d'ici la fin de 2013, (i)- 100 % des cas suspectés de paludisme doivent faire l'objet d'une analyse diagnostique, et (ii)- 100 % des cas avérés doivent être traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces.
- **Cible 1.2** : atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge des cas dans le secteur privé, ou l'orientation appropriée vers des services spécialisés, avec d'ici la fin de 2015, (i)- 100 % des cas suspectés de paludisme doivent faire l'objet d'une analyse diagnostique, et (ii)- 100 % des cas avérés doivent être traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces.
- **Jalon (objectif intermédiaire)**: d'ici la fin de 2013, dans les pays endémiques, (i)- 50 % des personnes réclamant un traitement pour des symptômes associés au paludisme dans le secteur privé déclarent avoir fait l'objet d'une analyse diagnostique, et (ii)- 100 % des cas avérés déclarent avoir été traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces.
- **Cible 1.3** : atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge communautaire (PECADOM) des cas de paludisme, avec d'ici la fin de 2015, dans les pays où la stratégie de PECADOM des cas de paludisme est l'approche appropriée, (i)- 100 % des cas de fièvre (suspicion de paludisme)

doivent faire l'objet d'une analyse diagnostique, et (ii)- 100 % des cas avérés de paludisme sans complications doivent être traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces.

Par ailleurs, 100 % des suspicions et cas avérés sévères doivent être traités de manière adéquate dans des structures spécialisées.

- **Jalon (objectif intermédiaire):** D'ici la fin de 2012, tous les pays dans lesquels la stratégie de PECADOM des cas de paludisme est l'approche appropriée, doivent adopter des politiques encourageant la PECADOM (comprenant l'utilisation d'analyses diagnostiques et de traitements efficaces) ;
 - **Jalon (objectif intermédiaire):** D'ici la fin de 2013, dans tous les pays où la stratégie de PECADOM des cas de paludisme est l'approche appropriée,
 - (i)- 80 % des cas de fièvre doivent faire l'objet d'une analyse diagnostique, et (ii)- 80 % des cas avérés de paludisme doivent être traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces.
- **Objectif 2 : réduire de 75 % (par rapport à l'an 2000) le nombre de cas de paludisme dans le monde d'ici la fin de 2015**
- **Cible 2.1 :** atteindre l'accès universel en ce qui concerne les mesures de prévention ainsi que leur utilisation avec d'ici la fin de 2013, dans les pays où l'accès et l'utilisation universels des mesures de prévention n'ont pas encore été mis en place, l'accès et l'utilisation doivent atteindre 100 % parmi toutes les populations à risque, au moyen d'interventions adaptées au contexte.
 - **Cible 2.2 ;** maintenir l'accès universel en ce qui concerne les mesures de prévention ainsi que leur utilisation avec d'ici 2015 et au-delà, tous les pays doivent maintenir l'accès et l'utilisation universels en mettant en œuvre un ensemble adapté d'interventions préventives.

- Jalon (objectif intermédiaire): entre 2013 et jusqu'à 2015, l'accès et l'utilisation universels des interventions préventives adaptées doivent être maintenus dans tous les pays.
- **Cible 2.3** : accélérer le développement des systèmes de surveillance avec d'ici la fin de 2015, tous les districts doivent être en mesure de produire des données mensuelles en ce qui concerne les cas suspectés de paludisme, le nombre de cas faisant l'objet d'une analyse diagnostique et le nombre de cas avérés dans tous les établissements médicaux publics, ou bien dans un groupe d'établissements représentatifs.
- **Jalon (objectif intermédiaire)**: d'ici la fin de 2013, 50 % des pays endémiques doivent avoir atteint l'objectif fixé pour 2015.

4.5. Cadre de Suivi/Evaluation du programme paludisme

La mesure des performances et de l'impact des interventions de lutte antipaludiques mises en œuvre doit prendre en compte les différentes étapes du cadre programmatique de la lutte contre le paludisme, notamment les indicateurs en rapport avec :

- les intrants : ressources humaines, matérielles et financières investies ;
- le processus de mise en œuvre des activités: nombre de personnel formé, réunions organisées, supervisions réalisées, MILD et antipaludiques distribués, TDR réalisés ;

- les résultats du Programme à court, moyen et long terme : couvertures, impact des interventions.

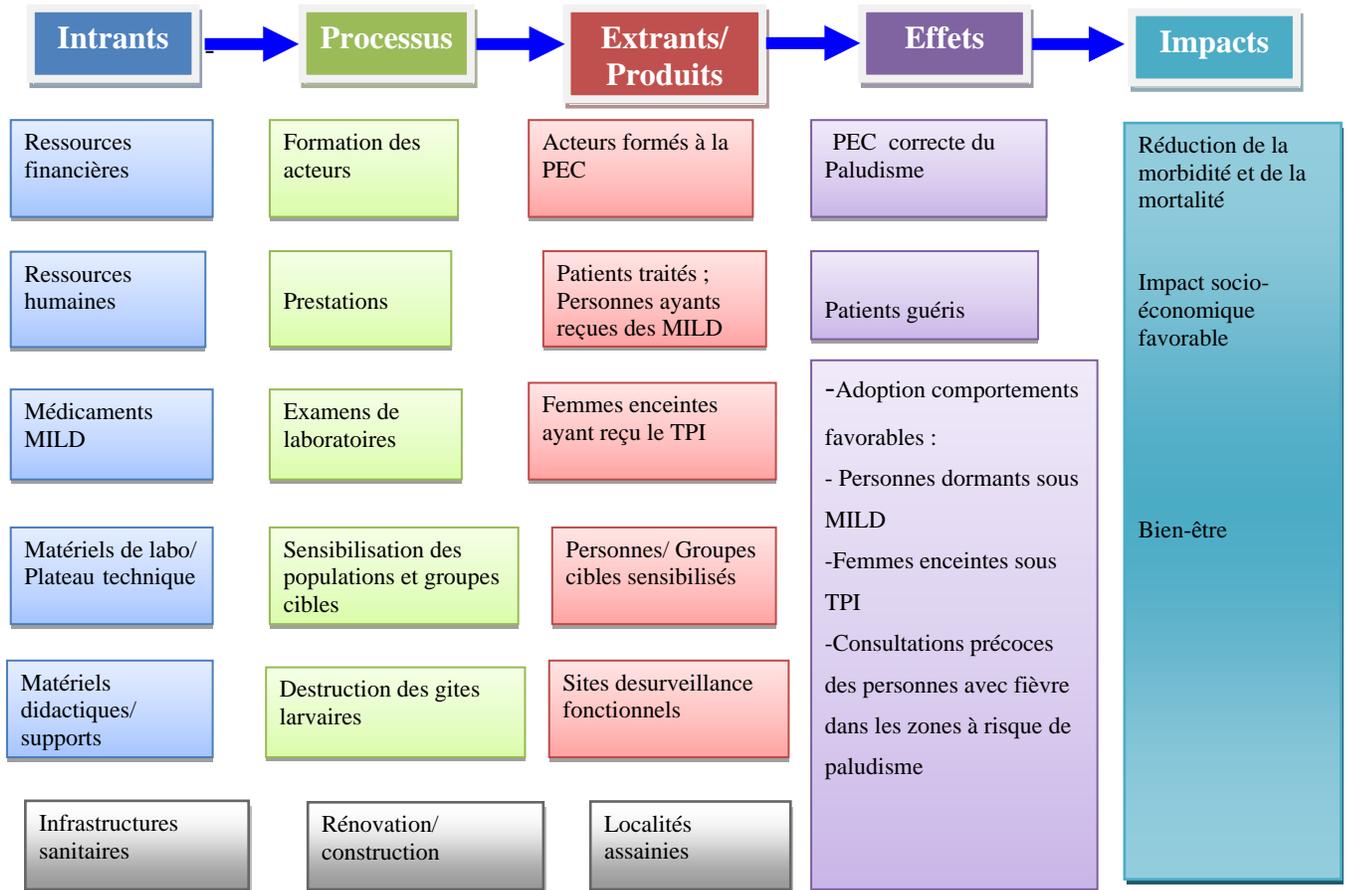


Figure 3: Cadre de suivi/évaluation du Programme paludisme

5. CADRE STRATEGIQUE DU PLAN DE SUIVI/EVALUATION 2013-2017

Le but du présent Plan est de fournir des informations fiables sur les progrès en rapport avec la mise en œuvre du Plan stratégique 2013-2017.

5.1. Objectifs du Plan

5.1.1. Objectif général

Améliorer les performances du Programme de lutte contre le paludisme à tous les niveaux du système de santé.

5.1.2. Objectifs spécifiques

- Harmoniser les concepts et les méthodes de suivi/évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Renforcer les capacités des structures impliquées dans la gestion des données du paludisme;
- Développer des outils de qualité pour la collecte des données et le suivi de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme à tous les niveaux;
- Mettre en place un système d'assurance qualité des données de paludisme à tous les niveaux ;
- Disposer des bases factuelles sur l'information stratégique du paludisme.

5.2. Interventions pour renforcer le système de suivi/évaluation

- Renforcement des compétences des personnels impliqués dans les activités de lutte antipaludique à tous les niveaux pour une harmonisation des méthodes de suivi/évaluation ;
- Amélioration 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 ;

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

5.3. Résultats attendus

- Les compétences en suivi/évaluation des personnels impliqués dans la mise en œuvre du Programme sont renforcées à tous les niveaux du système de santé ;
- Le cadre définissant les procédures de suivi des interventions et de performance des structures impliquées dans la gestion des données sur le paludisme est amélioré ;
- La qualité des outils de collecte de données et de suivi de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme est améliorée à tous les niveaux du système de santé;
- Un système d'assurance qualité de données sur le paludisme est mis en place à tous les niveaux du système de santé;
- Des bases factuelles sur l'information stratégique du paludisme sont disponibles et accessibles à tous les niveaux du système de santé.

6. MESURE DES PERFORMANCES DU PROGRAMME

6.1. Cadre logique des indicateurs du plan de suivi/évaluation

Au cours de la période couverte par ce Plan national de suivi/évaluation, les indicateurs à mesurer seront de 3 types : les indicateurs de processus, les indicateurs de résultats et les indicateurs d'impact.

6.2. Méthodes de collecte de données

La collecte des données sur le paludisme pour la mise à jour régulière des indicateurs se fera comme suit :

a)- Données de routine

Les informations sur le paludisme seront recueillies à travers les outils intégrés de collecte et de suivi mis en place dans le cadre du SIS, de la SIMR ou des sites sentinelles. Ces informations seront transmises au niveau central par les différentes formations sanitaires à travers des rapports de routine ou à l'occasion d'activités de monitoring auxquelles sont associées toutes les parties prenantes.

b)- Sites sentinelles de surveillance

Ce sont des Centres de Santé de Référence (CSRef) sélectionnés pour fournir mensuellement des informations sur les cas de paludisme vus en consultations externes et/ou hospitalisés, les cas de décès ainsi que certains indicateurs de soins et de couverture.

Ils informent sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme et donnent de manière générale les tendances dans les différents sites.

Les sites sentinelles de surveillance sélectionnés doivent avoir un standard minimum à savoir :

- un pavillon d'hospitalisation surtout pour les enfants ;

- un laboratoire de diagnostic biologique du paludisme avec de préférence un microscope fonctionnel ;
- des guides techniques pour le diagnostic du paludisme ;
- une provision en Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine(CTA) et en quinine destinés respectivement au traitement de première intention des cas de paludisme simple et des cas graves de paludisme ;
- un personnel motivé et formé sur le diagnostic, la PEC, la collecte et la transmission des données du paludisme.

Pour avoir ces critères prérequis, les sites sentinelles sélectionnés doivent idéalement être des centres de santé de référence ou leur équivalent. Les centres de santé retenus comme sites sentinelles doivent être localisés dans des zones endémiques de paludisme en tenant compte des différents faciès de transmission.

Au Mali, 13 centres de santé ont été sélectionnés comme sites sentinelles de surveillance du Programme National de Lutte contre le Paludisme: Bougouni, Niono, Bandiagara, Djenné, Gao, Tombouctou, Sélingué, Kita, Kati, la commune IV du District de Bamako, Diré, Kidal et Kadiolo.

Les données pour chaque patient seront enregistrées sur une fiche autocopiante (dupliquée) de telle sorte que l'une des copies soit remise au patient et la 2^{ème} reste au niveau du centre de santé pour être transmise le même jour au gestionnaire d'une base de données.

Des supervisions mensuelles seront conduites pour le contrôle de qualité des données collectées et pour fournir des directives d'amélioration si nécessaire.

Aussi, des rapports mensuels seront élaborés sur la base des indicateurs retenus et transmis au PNLP et aux partenaires intéressés.

c)- Supervisions:

En complément au système de routine classique pour la collecte des informations, des supervisions régulières sont prévues par les différents niveaux d'encadrement et de supervision du système de santé : central, Régional et district sanitaire.

Ces supervisions permettront de renseigner sur la performance des agents en les observant sur le terrain et vérifier la qualité des données collectées en exploitant directement les supports primaires et en renforçant leur compétence.

d)- Evaluation

La mesure des indicateurs de couverture et/ou d'effets des interventions se fera à travers des enquêtes nationales:

- Les enquêtes de ménages : de type Enquete Demographique et de Santé du Mali (EDSM), Malaria Indicators Surveys (MIS) ou Multiple Indicators Cluster Surveys (MICS) peuvent être qualitatives et/ou quantitatives et permettront de renseigner sur les connaissances, attitudes et pratiques des communautés d'une part, mais aussi le niveau de couverture des principaux services fournis aux personnes cibles dans les communautés enquêtées d'autre part ;
- les enquêtes dans les formations sanitaires : des évaluations rapides d'impact seront réalisées en utilisant les données logistique et épidémiologique de routine dans les formations sanitaires.

Les différentes autres évaluations réalisées (revue de performance à mi-parcours et finale) permettront de faire la situation du niveau d'exécution des activités planifiées, mais surtout de mesurer le niveau d'atteinte des indicateurs conformément aux cibles fixées. Ces évaluations seront réalisées avec l'appui des

niveaux supérieurs respectifs et la participation des membres du Comité de pilotage et des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme.

e)- Autres méthodes complémentaires

En plus des données collectées à travers le monitoring classique et les enquêtes nationales, d'autres méthodes complémentaires permettront de recueillir des informations sur le paludisme dans les sites sentinelles, notamment sur la pharmacovigilance, les tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques, les tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides et les données de qualité sur la morbidité/mortalité liés au paludisme.

6.3. Périodicité de la collecte des données

Elle varie en fonction du niveau de la pyramide sanitaire mais surtout selon qu'il s'agisse de monitoring ou des évaluations :

❖ *le monitoring de routine* : classiquement les formations sanitaires et les sites sentinelles collectent les données et les transmettent aux différents niveaux selon la hiérarchie de la pyramide sanitaire, soit mensuellement ou trimestriellement. Ces données sont analysées semestriellement lors des monitorages afin de prendre des décisions. Le PNLP appuiera les différents niveaux pour une meilleure promptitude des reportages.

❖ *les évaluations* : elles seront réalisées en fonction des périodicités fixées de façon consensuelle et selon le type d'intervention à évaluer.

6.4. Circuit de l'information des données de routine

Les données de routine sont collectées au niveau des formations sanitaires et dans la communauté. Elles sont ensuite transmises du niveau périphérique jusqu'au niveau central. Le circuit de collecte des données de routine comprend :

- le niveau communautaire : ici sont produites et collectées les données sur les différents services fournis à la population ;
- le niveau district : c'est le niveau où les données envoyées par les différentes structures sanitaires du District sont compilées avec celles du CSRef, synthétisées et analysées;
- le niveau Régional : il représente le niveau où les données envoyées par les différents Districts sanitaires sont compilées, synthétisées et analysées ;
- le niveau central : c'est le niveau où les données envoyées par les différentes régions du pays sont compilées, synthétisées et analysées.

Chaque niveau doit produire et diffuser des rapports.

Aussi, dans le cadre de conventions entre le PNLP et certains partenaires comme le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP) et le President's Malaria Initiative (PMI), le PNLP est amené à fournir régulièrement des informations sur le niveau de la mise en œuvre des interventions financées. Ces données seront fournies selon une périodicité convenue d'avance entre les parties intéressées (mensuelle ou trimestrielle)

et conformément au circuit d'information ci-dessous :

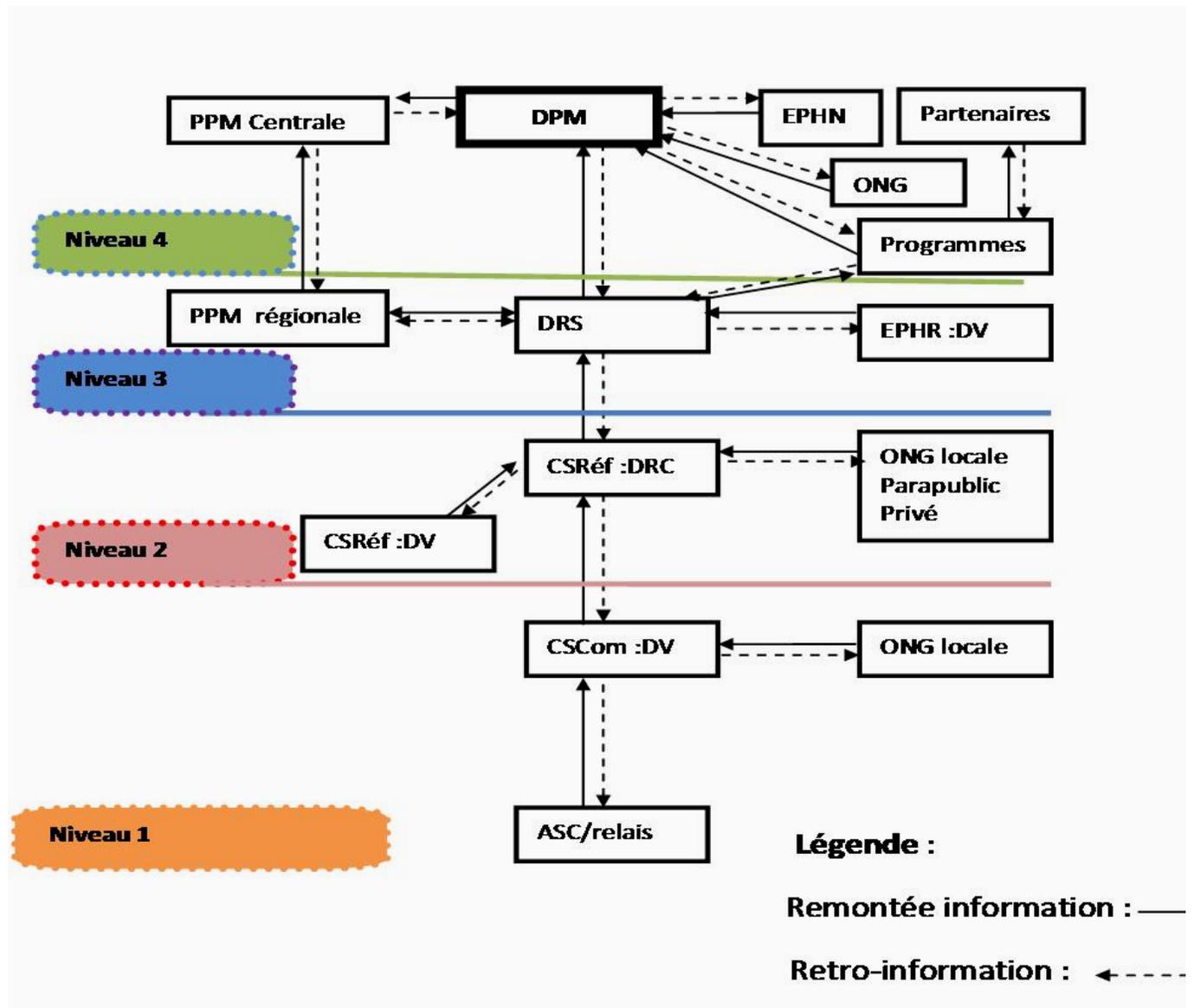


Figure 4: Circuit de transmission des données de routine sur le Paludisme

6.5. Traitement et analyse des données

Dans la perspective de la mise en place d'une base de données sur le paludisme au niveau du PNLP (Logiciel OMS/Partenaires), le traitement des données devra s'améliorer qualitativement avec des possibilités de vérification et de nettoyage avant la production de rapports sur les indicateurs essentiels.

Vu l'expertise et les équipements que requiert la mise en place de cette base de données, il sera nécessaire de renforcer le PNLP et les autres acteurs impliqués dans la gestion des données en ressources humaines, mais surtout de les former et de les équiper en matériels informatiques. Pour les régions et les districts sanitaires, la mise en place de la même base de données aura aussi des implications en ressources humaines et logistiques.

Avec la phase pilote réussie de remontée électronique des données à Ségou et les communes IV et V du district de Bamako, le programme va s'orienter vers l'utilisation des outils de traitement automatique et d'analyse des données en adhérant totalement au projet d'infrastructure technologique (datacenter) de l'Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale (ANTIM) ou référentiel national des données en santé.

6.6. Contrôle de la qualité, validation et diffusion des données du paludisme

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

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

Cette évaluation ponctuelle complémentaire du suivi continu permettra d'apprécier à plus grande échelle, la qualité des données collectées en vue d'apporter les corrections nécessaires à l'amélioration de la fiabilité des données produites. L'audit de la qualité des données se fera avec l'appui d'experts et du PNLP.

7. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI/EVALUATION (S/E)

Conformément au Décret N° 07-253/P-RM du 02/08/2007 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement du PNLP, il est souligné que la mise en œuvre des activités se fera en étroite collaboration avec l'ensemble des services centraux et rattachés du Ministère de la Santé et d'autres départements ministériels.

Au niveau du PNLP, c'est la division Planification et Suivi/Evaluation qui est en charge de l'élaboration du plan opérationnel de suivi/évaluation et sa mise en œuvre. Globalement la fonctionnalité du système du suivi/évaluation relève du PNLP et de l'ensemble des acteurs.

Les directions Régionales de la santé assurent le relais du Programme au niveau Régional. L'existence des points focaux paludisme dans les DRS permettra d'améliorer le suivi de la mise en œuvre des activités de terrain et surtout de créer une dynamique pour renforcer le circuit de l'information sur les données collectées du niveau périphérique vers le niveau central (PNLP).

7.1. Coordination de la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme

Le Suivi/Evaluation de la lutte contre le paludisme au Mali s'inspire du principe "3 ones", c'est-à-dire:

- un seul mécanisme de coordination pour la lutte contre le paludisme dans le pays ;
- un seul plan stratégique de lutte contre le paludisme pour le pays ;

- un seul système national de suivi/évaluation pour la lutte contre le paludisme.

Conformément au Décret N°07-253/P-RM du 02/08/2007 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement du PNLP, la Direction du Programme coordonne et contrôle les activités de lutte contre le paludisme. Il s'agit principalement du Comité d'orientation et de la Direction du PNLP qui ont tous deux un rôle prépondérant dans la coordination des activités.

a)- Rôles du Comité d'orientation

C'est l'organe d'impulsion, d'orientation et de suivi/évaluation du PNLP. Il adopte les plans d'action, examine le rapport d'exécution et formule toutes recommandations et suggestions relatives au fonctionnement du Programme.

b)- Composition du Comité d'orientation

- Président : Le Ministre de la Santé ou son représentant ;
- Membres :
 - Le conseiller technique chargé de la Santé publique ;
 - Le directeur national de la santé ;
 - Le directeur de la pharmacie et du médicament ;
 - Le directeur de la cellule de planification et de statistique ;
 - Le président directeur général de la pharmacie populaire du Mali ;
 - Le directeur du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant ;
 - Un représentant du Haut Conseil des collectivités territoriales ;
 - Un représentant du MRTC ;
 - Un représentant du Laboratoire de biologie moléculaire appliquée ;
 - Un représentant de la Direction Nationale de la famille et de l'enfant ;

- Un représentant de la Direction nationale du développement social ;
 - Un représentant du comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie ;
 - Un représentant de la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires (FENASCOM) ;
- Les représentants de chacun des partenaires techniques et financiers impliqués dans la lutte contre le paludisme peuvent prendre part aux réunions du Comité ;
 - Le Comité se réunit une fois par semestre et chaque fois que cela est nécessaire sur convocation de son Président.

7.2. Partenariat en faveur du Suivi/Evaluation du Paludisme

Au Mali, il existe une coordination de l'action des partenaires de la santé à travers des rencontres mensuelles qui permettent d'échanger sur l'appui apporté au pays. Dans le cadre de la mise en œuvre des activités de la lutte antipaludique, ce partenariat sera renforcé à travers le Comité d'orientation issu de la dernière restructuration du PNLP. Le partenariat travaillera sur la base des acquis existants conformément aux orientations du Plan stratégique 2013-2017 du PNLP et des accords de conventions signés entre le Ministère de la Santé et certains partenaires.

En plus des niveaux de supervision de la pyramide sanitaire (DRS, Districts sanitaires) et de la société civile, les structures sous régionales comme Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), les réseaux sous régionaux : Réseau Ouest Africain pour la Politique du Traitement du Paludisme (RAOTAP), Réseau Ouest Africain pour la Prévention du paludisme pendant la Grossesse (RAOTAG) et les institutions de recherche Malaria Research and Training Center (MRTC), Institut Nationale de Recherche en Santé Publique (INRSP),

Centre de Recherche d'Etude et de Documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS) seront des parties prenantes dans les interventions visant à renforcer le système de suivi/évaluation du PNLP. Aussi, des réunions de coordination et de partage d'information avec les acteurs et les partenaires appuyant le PNLP seront organisées régulièrement à tous les niveaux pour améliorer le fonctionnement de ce cadre de collaboration.

7.3. Rôles et responsabilités des différents niveaux d'encadrement

Dans le cadre du renforcement du système de suivi/évaluation du paludisme à différents niveaux de la pyramide sanitaire, chacune des parties impliquées aura un rôle clair à jouer conformément aux tâches et responsabilités qui seront négociées avec le PNLP. Si le niveau central (PNLP, partenaires) aura surtout à se focaliser sur les aspects institutionnels et normatifs devant définir les outils et le cadre de fonctionnement du système de suivi/évaluation, les structures déconcentrées (DRS, Districts sanitaires, CSCOM, partenaires) auront un rôle principal dans le suivi de proximité des interventions sur le terrain depuis la collecte des données à la base jusqu'à la production des rapports d'activités.

7.4. Suivi des progrès du Programme

Conformément aux objectifs définis dans le Plan stratégique du PNLP 2013-2017 et des engagements pris avec les partenaires dans le cadre de conventions d'appui à la lutte contre le paludisme au Mali, la mesure des progrès des interventions mises en œuvre se fera selon la matrice de suivi des indicateurs de performance en annexe.

7.5. Evaluation du Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2013-2017

Il s'agit d'un processus conduit selon une méthodologie valide impliquant les différents acteurs intervenant dans la lutte contre le paludisme. Dans le cadre de la surveillance de la performance du Programme, il est prévu une évaluation à mi-

parcours et une évaluation finale réalisées avec l'appui technique d'un groupe multisectoriel externe au Ministère de la Santé. Au décours de chacune des deux évaluations, un rapport complet sera élaboré et présenté au cours d'un atelier de revue auquel sont conviés les différentes parties prenantes et les partenaires au développement. Les recommandations issues des rapports de ces ateliers seront déterminantes pour la poursuite de la mise en œuvre du plan stratégique en cours et lors de l'élaboration du prochain plan stratégique.

7.6. Plan de dissémination des informations sur le paludisme

Les données du paludisme, une fois validées au cours des ateliers de revue, seront consignées dans des rapports techniques détaillés dans un premier temps, puis dans un bulletin d'information PNLP qui sera par la suite diffusé aux décideurs nationaux, aux acteurs et aux partenaires appuyant la lutte contre le paludisme. De même, ces données seront publiées dans l'annuaire des statistiques sanitaires paraissant chaque année et sur le site web du Ministère de la Santé. Les différents événements organisés sur le paludisme au niveau national et international constitueront aussi une opportunité pour présenter ces données et les consigner dans diverses publications.

7.7. Mise à jour du Plan national de Suivi/évaluation du PNLP

Le Plan de suivi/évaluation 2013-2017 est un outil dynamique qui sera influencé à tout moment par des nouveautés ou circonstances spéciales en matière de lutte contre le paludisme. Ainsi, chaque fois que cela sera nécessaire les priorités définies dans le présent Plan seront révisées et ajustées en fonction des nouvelles stratégies de lutte antipaludiques développées.

Cette révision se fera en collaboration avec les acteurs de terrain et les partenaires au développement intervenant dans la lutte contre le paludisme.

8. BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT

8.1. Description des interventions prévues

Les activités qui seront développées pour renforcer le système de suivi/évaluation du PNLP 2013-2017 sont en rapport principalement avec :

- les formations des personnes impliquées dans le système de suivi/évaluation des activités à différents niveaux, la gestion des données paludisme et la standardisation des concepts et des méthodes. Cette formation concernera aussi le personnel des structures publiques que celui des structures privées et associatives ;
- la mise à disposition de moyens matériels et logistiques au profit des différentes structures impliquées dans la gestion des données de paludisme ;
- l'amélioration de la qualité des outils de collecte de données et de suivi de la mise en œuvre des interventions à différents niveaux : cela concernera aussi bien les outils de collecte de données primaires que les outils de suivi des activités mises en œuvre ; les différents niveaux impliqués dans les activités de lutte contre le paludisme participeront au processus de révision et/ou développement de ces outils;
- la documentation des interventions de lutte contre le paludisme pour constituer des bases factuelles sur les indicateurs de performance : elle se fera à travers des supervisions régulières mais aussi des évaluations/enquêtes périodiques (MIS) ;

- L'amélioration de la qualité des données de paludisme collectées et leur diffusion aux acteurs, partenaires et décideurs du pays au cours des réunions trimestrielles, des revues du Programme et à travers la publication d'un bulletin d'information.

8.2. Budget des activités du Plan de Suivi Evaluation 2013-2017

La budgétisation des activités du plan suivi/évaluation 2013-2017 est présentée par intervention et par année (voir les tableaux de 8.2.1. à 8.2.5. ci-dessous).

Le coût global du Plan S/E pour les 5 années s'élève à **9 993 036 000 FCFA** . Il représente **7,19 %** du budget global du plan stratégique du PNLP 2013-2017 qui est de **138 916 803 430 FCFA**.

Les coûts totaux des activités de S/E par intervention se présentent comme suit :

- Amélioration des compétences du personnel impliqué dans les activités de lutte antipaludique à tous les niveaux pour une harmonisation des méthodes de suivi/évaluation : 955 506 000 FCFA, soit **9,56 %** du budget du plan S/E 2013-2017 ;
- 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: 1 333 130 000 FCFA, soit **13,34 %** du budget du plan S/E 2013-2017 ;
- 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 : 243 200 000 FCFA, soit **2,43 %** du budget du plan S/E 2013-2017 ;
- Mise en place d'un système d'assurance qualité intégrée des données du paludisme: 3 397 250 000 CFA, soit **34 %** du budget du plan S/E 2013-2017 ;
- Constitution de bases factuelles sur le paludisme avec diffusion et utilisation d'informations stratégiques aux différents acteurs, décideurs et partenaires : 4 063 950 000 FCFA, soit **40,67 %** du budget du plan S/E 2013-2017.

BUDGETISATION DES ACTIVITES DU PLAN DE SUIVI/EVALUATION 2013-2017 PAR INTERVENTION

8.2.1. Amélioration des compétences du personnel impliqué dans les activités de lutte antipaludique à tous les niveaux pour une harmonisation des méthodes de suivi/évaluation

Activités	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Amélioration des compétences du personnel impliqué dans les activités de lutte antipaludique à tous les niveaux pour une harmonisation des méthodes de suivi/évaluation						
Assistance technique en suivi et évaluation	33 631 200	33 631 200	33 631 200	33 631 200	33 631 200	168 156 000
Assurer la participation de 10 personnes du PNLP au cours international de suivi évaluation des programmes de lutte contre le paludisme à Ouagadougou (cours international de 15 jours)	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	40 000 000
Organiser 2 sessions de formation pour 40 agents (niveau central et régional) sur le système de suivi et évaluation	15 000 000		15 000 000	0	0	30 000 000
Organiser une session de formation pour 27 agents des équipes régionales sur le suivi et évaluation avec l'utilisation des téléphones mobiles	20 250 000	0	0	0	0	20 250 000
Organiser 9 sessions de formation pour 128 chargés du SIS des districts et des hôpitaux		0	0	0	0	

en suivi et évaluation et à l'utilisation de la téléphonie mobile	48 000 000					48 000 000
Organiser un atelier de formation pour 15 formateurs centraux sur la gestion des données y compris la base de données paludisme en une session	0	11 250 000	0	0	0	11 250 000
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 1 session	0	12 000 000	0	0	0	12 000 000
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	0	0	18 750 000	18 750 000	9 375 000	46 875 000
Appuyer une évaluation de la mise en œuvre de la pharmacovigilance au Mali	0	20 000 000	0	0	20 000 000	40 000 000

Former 810 prestataires sur la notification des effets indésirables des médicaments en 27 sessions (27 sessions de 30 pers pdt 3 jours)	9 450 000	22 050 000	22 050 000	22 050 000	9 450 000	85 050 000
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	0	9 000 000	9 000 000	0	0	18 000 000
Former 153 agents des régions et des districts à la remontée électronique des données en 9 sessions	7 650 000	7 650 000	7 650 000	7 650 000	3 825 000	34 425 000
Former 2712 agents des CScOm, des structures privées, parapubliques et confessionnelles sur la remontée électronique des données de routine des activités de lutte contre le paludisme en 90 sessions	42 000 000	42 000 000	42 000 000	42 000 000	21 000 000	189 000 000
Appuyer la supervision des acteurs impliqués dans la gestion des médicaments et intrants antipaludiques (SDADME)	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	125 000 000
Appuyer la formation de 500 gérants DRC/DV en gestion des intrants en 20 sessions	8 750 000	21 875 000	21 875 000	21 875 000	13 125 000	87 500 000
Sous total 1	217 731 200	212 456 200	202 956 200	178 956 200	143 406 200	955 506 000

BUDGETISATION DES ACTIVITES DU PLAN DE SUIVI/EVALUATION 2013-2017 PAR INTERVENTION

8.2.2. 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

Activités	2013		2015	2016	2017	Total en CFA
Acquérir 20 ordinateurs de bureau et accessoires dans le cadre de la remontée électronique des données	7 000 000	7 000 000	0	0	0	14 000 000
Acquérir 80 ordinateurs portables pour la remontée électronique des données	14 000 000	21 000 000	21 000 000	0	0	56 000 000
Acquérir 20 imprimantes multifonctions dans le cadre de la gestion des données sur le paludisme	5 000 000	5 000 000	0	0	0	10 000 000
Acquérir 71 téléphones fixes pour les 9 DRS et les 62 districts dans le cadre de la remontée électronique des données	1 230 000	900 000	0	0	0	2 130 000
Acquérir 100 antivirus	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	3 000 000
Acquérir 100 clés USB de 8 GB dans le cadre de gestion des données	900 000	900 000	900 000	900 000	900 000	4 500 000

Appuyer l'abonnement internet pour les 100 clés 3 G+ et les 1000 téléphones mobiles pour la remontée électronique des données	132 000 000	132 000 000	132 000 000	132 000 000	132 000 000	660 000 000
Acquérir 20 clés 3G+ dans le cadre de la remontée des données	250 000	250 000	0	0	0	500 000
Acquérir 100 disques durs externes de 250 GB dans le cadre de gestion des données	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	5 000 000
Acquérir 1000 téléphones mobiles pour le transfert électronique des données	20 000 000	0	0	0	0	20 000 000
Acquérir 3 serveurs pour le stockage des données sur le paludisme	0	3 500 000	0	7 000 000	0	10 500 000
Acquérir tous les ans des réactifs, des insecticides, des supports et petits matériels pour les 13 sites de surveillance sentinelle	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
Acquérir 2 véhicules Land cruiser 4X4	40 000 000	40 000 000	0	0	0	80 000 000
Acquérir 15 véhicules Pick Up pour le suivi des activités (9 régions et niveau central)	64 000 000	96 000 000	48 000 000	32 000 000	0	240 000 000

Acquérir 71 motos AG 100 pour les agents de santé des niveaux régional et opérationnel	152 500 000	25 000 000	0	0	0	177 500 000
Sous total 2	448 480 000	343 150 000	213 500 000	183 500 000	144 500 000	1 333 130 000

BUDGETISATION DES ACTIVITES DU PLAN DE SUIVI/EVALUATION 2013-2017 PAR INTERVENTION

8.2.3. 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

Activités	2013	2014	2015	2016	2017	Total en CFA
Appuyer la reproduction des outils de collecte sur la pharmacovigilance	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	5 000 000
Appuyer la révision des outils de collecte du SLIS pour y inclure les données du paludisme	20 000 000	0	0	0	0	20 000 000
Appuyer la multiplication et la diffusion des outils de collecte du SLIS (forfait)	0	20000000	20000000	20000000	20000000	80 000 000
Acquérir 3 600 cahiers (registres) pour les activités des ASC	25 200 000	0	0	0	0	25 200 000
Appuyer la production de 50 000 fiches de stocks pour la gestion des intrants de lutte contre le paludisme	0	4 000 000	0	4 000 000	0	8 000 000
Appuyer tous les ans la reproduction de 1 500 registres de compte rendu de gestion de stocks et 1500 registres de comptage journalier	21 000 000	21 000 000	21 000 000	21 000 000	21 000 000	105 000 000
Sous total 3	67 200 000	46 000 000	42 000 000	46 000 000	42 000 000	243 200 000

BUDGETISATION DES ACTIVITES DU PLAN SUIVI/EVALUATION 2013-2017 PAR INTERVENTION

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

Activités	2013	2014	2015	2016	2017	Total en CFA
Organiser 4 réunions trimestrielles nationales pour le réseau du partenariat Suivi/évaluation PNLP	1 200 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	6 000 000
Appuyer 4 réunions trimestrielles sur la gestion et la validation des données avec les acteurs au niveau régional	72 000 000	72 000 000	72 000 000	72 000 000	72 000 000	360 000 000
Appuyer 4 réunions trimestrielles sur la gestion et la validation des données avec les acteurs au niveau des districts sanitaires	124 000 000	124 000 000	124 000 000	124 000 000	124 000 000	620 000 000
Appuyer l'organisation des rencontres mensuelles de compilation des données des CSCOM	264 000 000	264 000 000	264 000 000	264 000 000	264 000 000	1 320 000 000
Appuyer les frais de communication téléphoniques de la division suivi évaluation du PNLP	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	3 000 000

Appuyer les districts sanitaires et les DRS pour les connections internet et la communication téléphonique	10 650 000	10 650 000	10 650 000	10 650 000	10 650 000	53 250 000
Réaliser 2 évaluations rapides de l'impact des interventions de lutte contre le paludisme (logistique, épidémiologique)	0	15 000 000	0	15 000 000	0	30 000 000
Assurer le monitoring de la résistance à la SP chez les femmes enceintes dans 02 districts sanitaires	47.000.000	0	47.000.000	0	47.000.000	131.000.000 Fcfa
Mener une étude sur les goulots d'étranglement aux succès des interventions de contrôle du paludisme pendant la grossesse	38.000.000	0	0	0	0	38.000.000
Réaliser 1 enquête nationale sur les indicateurs du paludisme (MIS)	0	0	750 000 000	0	0	750 000 000
Réaliser 3 études sur la qualité de la PEC du paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire	80 000 000	0	80 000 000	0	80 000 000	240 000 000
Réaliser 1 étude sur l'apport de la médecine traditionnelle (tradipraticiens) dans la PEC des cas de paludisme au niveau communautaire	0	15 000 000	0	0	0	15 000 000

Sous total 4	552 450 000	502 450 000	1 302 450 000	487 450 000	552 450 000	3 397 250 000
---------------------	--------------------	--------------------	----------------------	--------------------	--------------------	----------------------

BUDGETISATION DES ACTIVITES DU PLAN DE SUIVI/EVALUATION 2013-2017 PAR INTERVENTION

8.2.5. Constitution de bases factuelles sur le paludisme avec diffusion et utilisation d'informations stratégiques aux différents acteurs, décideurs et partenaires.

Activités	2013	2014	2015	2016	2017	Total en CFA
Assurer tous les ans 2 supervisions intégrées du niveau régional par l'équipe du niveau central	62 000 000	62 000 000	62 000 000	62 000 000	62 000 000	310 000 000
Appuyer tous les ans les supervisions intégrées formatives des équipes districts par les équipes cadres des régions	22 500 000	22 500 000	22 500 000	22 500 000	22 500 000	112 500 000
Appuyer tous les ans les supervisions trimestrielles des districts vers les CCom	217 000 000	217 000 000	217 000 000	217 000 000	217 000 000	1 085 000 000
Appuyer 2 monitorages semestriels des activités du PMA par les 1 100 CCom y compris les activités liées au paludisme	220 000 000	220 000 000	220 000 000	220 000 000	220 000 000	1 100 000 000
Réaliser tous les ans 2 tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides dans les 13 sites	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000

Activités	2013	2014	2015	2016	2017	Total en CFA
sentinelles						
Appuyer tous les ans 1 contrôle de qualité des MILD	800 000	800 000	800 000	800 000	800 000	4 000 000
Réaliser 1 test d'efficacité des MILD tous les ans	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
Assurer tous les trois mois le suivi des sites de surveillance sentinelles	31 700 000	31 700 000	31 700 000	31 700 000	31 700 000	158 500 000
Appuyer tous les ans au moins 2 contrôles de qualité des antipaludiques stockés dans les dépôts et les formations sanitaires	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
Organiser tous les ans 2 évaluations sur la disponibilité et l'utilisation des intrants à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (EUV= End User Verification)	23 890 000	23 890 000	23 890 000	23 890 000	23 890 000	119 450 000
Appuyer le contrôle de qualité des intrants antipaludiques (CTA, SP, Quinine et TDR) importés sur le territoire national.	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	2 500 000

Activités	2013	2014	2015	2016	2017	Total en CFA
Appuyer tous les ans le suivi de pharmacovigilance des antipaludiques du PNLP (CTA, SP) dans les 62 districts	43 400 000	43 400 000	43 400 000	43 400 000	43 400 000	217 000 000
Appuyer tous les ans dans 70 CSRef/Hôpitaux un contrôle de la qualité du diagnostic biologique du paludisme (TDR, GE/FM) y compris les équipements	70 000 000	70 000 000	70 000 000	70 000 000	70 000 000	350 000 000
Assurer tous les ans 1 étude sur l'efficacité thérapeutique des antipaludiques dans les sites sentinelles	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
Réaliser une évaluation post-campagne de distribution des MILD	0	0	300 000 000	0	0	300 000 000
Appuyer tous les ans 5 thèses et mémoires d'étudiants sur le paludisme	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
Appuyer la supervision des gérants DRC/DV des formations sanitaires	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
Réaliser une revue de performance à mi-parcours du Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2013-2017	0	0	35 000 000	0	0	35 000 000

Activités	2013	2014	2015	2016	2017	Total en CFA
Réaliser une revue de performance du Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2013-2017	0	0	0	0	70 000 000	70 000 000
Sous total 5	731 790 000	731 790 000	1 066 790 000	731 790 000	801 790 000	4 063 950 000

RECAPITULATIF DU BUDGET DU PLAN SUIVI/EVALUATION 2013-2017 PAR INTERVENTION

RECAPITULATIF PLAN S/E	BUDGET ANNUEL (FCFA)					Total 5 ans (FCFA)	Pourcen tage
	2013	2014	2015	2016	2017		
Amélioration des compétences du personnel impliqué dans les activités de lutte antipaludique à tous les niveaux pour une harmonisation des méthodes de suivi/évaluation	217 731 200	212 456 200	202 956 200	178 956 200	143 406 200	955 506 000	9,57
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	448 480 000	339 650 000	213 500 000	176 500 000	144 500 000	1 322 630 000	13,25
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	67 200 000	46 000 000	42 000 000	46 000 000	42 000 000	243 200 000	2,44

RECAPITULATIF PLAN S/E	BUDGET ANNUEL (FCFA)					Total 5 ans (FCFA)	Pourcentage
	2013	2014	2015	2016	2017		
Mise en place d'un système d'assurance qualité intégrée des données du paludisme	552 450 000	502 450 000	1 302 450 000	487 450 000	552 450 000	3 397 250 000	34,03
Constitution de bases factuelles sur le paludisme avec diffusion et utilisation d'informations stratégiques aux différents acteurs, décideurs et partenaires	731 790 000	731 790 000	1 066 790 000	731 790 000	801 790 000	4 063 950 000	40,71
TOTAL	2 017 651 200	1 832 346 200	2 827 696 200	1 620 696 200	1 684 146 200	9 982 536 000	100

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Politique Nationale de Lutte contre le paludisme 2005
2. Rapports réunion Comité d'orientation 2008
3. Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-V, 2012- 2013)
4. Rapport de supervision 2012 du PNL
5. Enquête sur la possession et l'utilisation des MILD 8 mois après la campagne ; Health Bridge 2008
6. Rapport MICS 2010
7. Rapport Enquête Nationale sur la prévalence de l'anémie et la parasitémie palustre (EAP 2010)
8. Rapports SLIS 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 et 2012
9. Plan d'action mondial contre le paludisme 2011 de l'OMS
10. Rapport de la revue de performance du plan stratégique 2007-2011 du PNL
11. Proposition consolidée du Fonds Mondial pour la période 2013-2017

ANNEXE 1

MATRICE POUR LA METHODOLOGIE DE COLLECTE DES INDICATEURS DU PNLP

1. Indicateurs d'impact

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPERATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE	BUT DE L'INDICATEUR
01	Incidence du paludisme confirmé (cas externes et cas hospitalisés)	<p>Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés notifiés dans les formations sanitaires x 1000</p> <p>Dénominateur: Population totale dans la zone couverte</p>	SLIS/PNLP	Mensuelle, Trimestrielle, Annuelle	National, Régional, Districts Sanitaires	Mesure les tendances du paludisme et le niveau de la transmission
02	Incidence du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux et formations sanitaires	<p>Numérateur : Nombre de cas de paludisme simple confirmés notifiés chez les enfants de moins de 5 ans x 1000</p> <p>Dénominateur: Population totale des enfants de moins de 5 ans dans la zone couverte</p>	SLIS/PNLP	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, Districts Sanitaires	Mesure les tendances du paludisme et le niveau de la transmission

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE	BUT DE L'INDICATEUR
03	Incidence du paludisme grave (chez les hospitalisés dans les hôpitaux et formations sanitaires avec lits)	Numérateur : Nombre de cas de paludisme grave confirmés notifiés x 1 000 Dénominateur : Population totale dans la zone couverte	SLIS/PNLP	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, Districts Sanitaires	Permet le suivi de l'impact du programme (diagnostic biologique, traitement) sur la gravité de la maladie
04	Prévalence du <i>Plasmodium</i> chez les enfants âgés de moins de 5 ans	Numérateur : Nombre de porteurs de <i>Plasmodium</i> confirmés (microscopie) chez les enfants âgés de moins de 5 ans x 100 Dénominateur : Population totale d'enfants âgés de moins de 5 ans enquêtés	MIS, MICS, EDS	Tous les 3 à 5ans	National	Mesure l'intensité du paludisme et le niveau de la transmission dans la population
05	Prévalence du <i>Plasmodium</i> dans la population générale	Numérateur : Nombre de porteurs de <i>Plasmodium</i> confirmés (microscopie) dans la population générale) x 100 Dénominateur : Population générale	MIS, MICS, EDS	Tous les 3 à 5ans	National	Mesure l'intensité du paludisme et le niveau de la transmission dans la population

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE	BUT DE L'INDICATEUR
		totale				
06	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois	Numérateur : Enfants de 6 à 59 mois avec un taux d'hémoglobine inférieur à (8 g/dl) x 100 Dénominateur : Enfants de 6 à 59 mois dont le taux d'hémoglobine a été mesuré lors de l'enquête	MIS, MICS,EDSM	Tous les 3 à 5ans	National	Mesure l'intensité de l'anémie liée au paludisme chez les enfants
07	Pourcentage de femmes enceintes chez lesquelles a été décelée une anémie sévère (taux d'hémoglobine < 7 g/dl)	Numérateur : Nombre de femmes présentant une anémie sévère (taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl) Dénominateur : Nombre de femmes enceintes parmi lesquelles a été pratiqué le dépistage de l'anémie	MIS, MICS, EDSM	Tous les 3 à 5ans	Nationale	Mesure l'intensité de l'anémie liée au paludisme chez les femmes enceintes

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE	BUT DE L'INDICATEUR
08	Taux de positivité des tests de paludisme (Microscopie et/ou TDR) chez les patients (externes et hospitalisés)	Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés x 1000 Dénominateur : Nombre de patients ayant bénéficié d'un test de diagnostic du paludisme (Microscopie ou TDR)	SLIS/ PNLP Enquêtes spéciales dans les structures de santé	Mensuelle, Trimestrielle Annuelle	National, Regional, District Sanitaire	Reflète les tendances de la morbidité palustre et identifie les zones avec la plus intense transmission de paludisme
09	Létalité hospitalière attribuable au paludisme	Numérateur : Nombre de décès dû au paludisme chez les hospitalisés (hôpitaux, autres) x1000 Dénominateur : Nombre de cas de paludisme (grave et simple) dans les structures ciblées	SLIS/PNLP	Mensuelle, Trimestrielle Annuelle	National, Régional, District	Permet le suivi de l'impact de l'efficacité du traitement sur la prévention des décès liés au paludisme
10	Incidence des décès liés au paludisme chez les hospitalisés (hôpitaux, autres structures avec lits)	Numérateur : Nombre de décès dû au paludisme (hôpitaux, autres) x1000 Dénominateur : Population totale dans la zone couverte	SLIS/PNLP	Mensuelle, Trimestrielle Annuelle	National, Régional, District	Permet le suivi de l'impact du programme (comme le diagnostic biologique, efficacité du traitement) sur les décès liés au paludisme

2. Indicateurs de résultats

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
Lutte antivectorielle					
11	Proportion de ménages avec au moins une MILD pour 2 personnes	Numérateur: Nombre de ménages enquêtés ayant au moins une MILD pour deux personnes Dénominateur: Nombre total de ménages enquêtés	Enquête de couverture, MIS, EDSM	Annuelle Tous les 3 à 5 ans	National, Régional, District Sanitaire
12	Proportion de personnes, tout âge confondu, ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	Numérateur : Nombre de personnes, tout âge confondu, ayant dormi sous MILD dans le ménage la veille de l'enquête Dénominateur : Nombre total de personnes ayant dormi dans les ménages la veille de l'enquête	Enquête de couverture MIS, MICS, EDSM,	Annuelle Tous les 3 à 5 ans	National Régional, District Sanitaire

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPERATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
13	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	<p>Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILD dans les ménages la veille de l'enquête</p> <p>Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi dans les ménages la veille de l'enquête</p>	Enquête de couverture, MIS, MICS, EDSM	Annuelle Tous les 3 à 5 ans	National Régional, District Sanitaire
14	Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	<p>Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MILD dans les ménages la veille de l'enquête</p> <p>Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes ayant dormi dans les ménages la veille de l'enquête</p>	Enquête de couverture, MIS, MICS, EDSM,	Annuelle Tous les 3 à 5 ans	National Régional, District Sanitaire
15	Pourcentage de la population protégée par la PID dans les zones ciblées	<p>Numérateur : Nombre de personnes protégées par la PIDx100</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes dans les zones ciblées par la PID</p>	Rapport annuel PID	Annuelle	National, Régional, District sanitaire

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPERATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
16	Pourcentage des enfants de moins de 5 ans protégé par la PID dans les zones ciblées	<p>Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans protégé par la PID dans les zones ciblées X100</p> <p>Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans dans les zones ciblées</p>	Rapport annuel PID	Annuelle	National, Régional, District sanitaire
17	Pourcentage de femmes enceintes protégées par la PID dans les zones ciblées	<p>Numérateur : Nombre de femmes enceintes protégées par la PID dans les zones ciblées X100</p> <p>Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes dans les zones ciblées</p>	Rapport annuel PID	Annuelle	National, Régional, District sanitaire
B. Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte					
18	Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI durant leur dernière grossesse	<p>Numérateur: Nombre de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de TPI selon les directives nationales</p> <p>Dénominateur : Nombre de femmes enceintes ayant fait une visite prénatale</p>	SLIS/PNLP (Données de routine)	Mensuelle, Trimestrielle, Annuelle	National, Régional, District

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPERATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
C . Chimio-prévention saisonnière chez les enfants de moins de 5 ans					
19	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois ayant bénéficié d'au moins une dose de SP/AQ	Numérateur : Nombre d'enfants de 3 à 59 mois ayant reçu une dose SP/AQ Dénominateur : Nombre total d'enfants de 3 à 59 mois des zones cibles	Rapport d'activités, Enquêtes de couverture	Chaque année	Districts concernés
20	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois ayant bénéficié de 4 doses de SP/AQ	Numérateur : Nombre d'enfants de 3 à 59 mois ayant reçu 4 doses SP/AQ Dénominateur : Nombre total d'enfants de 3 à 59 mois des zones cibles	Rapport d'activités, Enquêtes de couverture	Annuelle	Districts concernés
D. Diagnostic et traitement des cas de paludisme					
21	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR)	Numérateur : Nombre total de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique avec TDR x 100 Dénominateur : Nombre total de cas suspects de paludisme	SLIS, Rapports PNLP, Enquêtes spéciales	Mensuelle, Trimestrielle, Annuelle	National, Régional, District sanitaire

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
22	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (GE/FM)	<p>Numérateur : Nombre total de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique avec GE/FM x 100</p> <p>Dénominateur : Nombre total de cas suspects de paludisme</p>	SLIS, Rapports PNLP, Enquêtes spéciales	Mensuelle, Trimestrielle, Annuelle,	National, Régional, District sanitaire
23	Pourcentage de cas suspects de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR ou GE)	<p>Numérateur : Nombre total de cas suspects de paludisme chez les moins de 5 ans ayant bénéficié d'un examen parasitologique x 100</p> <p>Dénominateur : Nombre total de cas suspects de paludisme chez les moins de 5 ans</p>	SLIS, Rapports PNLP, Enquêtes spéciales	Mensuelle, Trimestrielle, Annuelle	National, Régional, District sanitaire
24	Pourcentage des cas simples de paludisme vus en consultations externes dans les formations sanitaires publiques et privées ayant bénéficié d'un traitement antipaludique approprié	Numérateur : Nombre de cas simples de paludisme ayant reçu un traitement antipaludique selon les directives nationales dans les formations sanitaires publiques et privées	SLIS, Rapports PNLP, Enquêtes spéciales	Mensuelle, Trimestrielle, Annuelle	National, Régional, District sanitaire

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
	conformément aux directives nationales	Dénominateur : Nombre de cas de paludisme vus et traités dans les formations sanitaires			
25	Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme confirmé ayant été traité avec CTA par les ASC	Numérateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme confirmé traité avec CTA par les ASC au niveau communautaire	Rapport supervision ; SLIS	Trimestrielle	National, Régional, District, structures communautaires, ASC
26	Pourcentage de cas de paludisme hospitalisés ayant bénéficié d'un traitement approprié conformément aux directives nationales dans les hôpitaux publics et privés	Numérateur : Nombre de cas de paludisme ayant reçu un traitement approprié dans les hôpitaux publics et privés X100 Dénominateur : Nombre de cas de paludisme hospitalisés	SLIS, Rapports PNLP, Hôpitaux, Enquêtes spéciales	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, District sanitaire
27	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre	Numérateur : Nombre d'enfants < 5 ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre d'origine palustre Dénominateur : Nombre d'enfants < 5ans dans les	MICS, MIS, EDMS, Enquête spéciale	Tous les 3 à 5 ans	National

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
		ménages enquêtés ayant eu la fièvre d'origine palustre au cours des deux semaines passées			
28	Proportion de malades avec paludisme simple ayant reçu un traitement antipaludique approprié au niveau des relais communautaires selon les directives nationales	<p>Numérateur: Nombre de malade avec paludisme simple vu par les relais ayant reçu un traitement antipaludique approprié</p> <p>Dénominateur : Nombre de malades avec paludisme simple reçus par les relais</p>	SLIS, Rapports PNLP, Enquête Spéciale	Mensuelle, Annuelle	Localités avec relais
29	Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme suspect ayant été testés par TDR par les ASC au niveau communautaire	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme suspect ayant été testés par TDR par les ASC au niveau communautaire</p> <p>Dénominateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme suspect vu par les ASC au niveau communautaire</p>	Rapport supervision ; SLIS	Trimestrielle	National, Régional, District, structures communautaires, ASC

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
Communication pour le Changement Social et de Comportement					
30	Pourcentage de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent la cause, les symptômes, les mesures préventives et le traitement du paludisme	<p>Numérateur : Nombre de personnes (ou groupes cibles) interrogées qui connaissent la cause, les symptômes, les traitements ou les moyens de prévention du paludisme et les conséquences.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de personnes interrogées</p>	MICS, MIS, EDS, Autres enquêtes ménages	Tous les 3 à 5 ans	National, Régional, District sanitaire

3. Indicateurs de gestion du Programme (indicateurs d'intrants et de processus)

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
31	Pourcentage d'exécution du plan d'approvisionnement des CTA, TDR, matériels de Labo	<p>Numérateur : Nombre de CTA, TDR, matériels de Labo reçu</p> <p>Dénominateur : Nombre de CTA, TDR, matériels de labo planifiés</p>	Rapport PNLP	Annuel	National

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
32	Nombre d'intrants de lutte contre le paludisme disponibles non périmés (CTA, TDR, SP, MILD, Kit Palu grave) par mois	Numérateur : Nombre d'intrants de lutte contre le paludisme disponibles non périmés (CTA, TDR, SP, MILD, Kit Palu grave) par mois	SLIS/PNLP	Mensuel Trimestriel	National, Régional, District Sanitaire
33	Proportion des formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks de plus d'une semaine dans les principaux intrants (CTA, TDR, SP, MILD, Kit PECADOM, Kit Palu grave) par mois	Numérateur : Nombre de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks de plus d'une semaine dans les principaux intrants (CTA, TDR, SP, MILD, Kit PECADOM, Kit Palu grave) par mois Dénominateur : Nombre de formations sanitaires fournissant des rapports	SLIS/PNLP, Enquêtes spéciales	Mensuel Annuel	National, Régional, District Sanitaire
34	Proportion de structures (Maisons) ayant bénéficié de la PID dans les zones ciblées	Numérateur : Nombre de structures (Maisons) ayant bénéficié de la PID selon les directives nationales Dénominateur : Nombre de structures (Maisons) dans les zones ciblées par la PID	PNLP (rapports d'activités), Enquêtes spéciales	Annuel	National, Régional, District sanitaire
35	Total MILD distribuées en routine pour les enfants < 1an	Nombre de MILD distribuées en PEV de routine pour les enfants < 1 an	RTA Rapport PNLP	Mensuel, Annuel	National, Régional, District

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
					Sanitaire
36	Total MILD distribuées en routine pour les femmes enceintes	Nombre de MILD distribuées en CPN pour les femmes enceintes	RTA Rapport PNLP	Mensuel Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
37	Total MILD distribuées pendant la campagne de masse	Nombre de MILD distribuées pendant la campagne organisée	RTA Rapport PNLP	Mensuel Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
38	Total de patients traités avec CTA en consultation externe dans le secteur public	Nombre de patients ayant reçu un traitement avec CTA en consultation externe dans le secteur public	RTA Rapport PNLP	Mensuel Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
39	Total tests de diagnostic biologique du paludisme réalisés dans le secteur public (Microscopie, TDR)	Nombre de tests de diagnostic du paludisme réalisés dans le secteur public (microscopie, TDR)	RTA Rapport PNLP	Mensuel Annuel	National, Régional, District Sanitaire
40	Total enfants < 5 ans traités avec kits pour paludisme grave dans le secteur public	Nombre d'enfants < 5 ans traités avec kits pour paludisme grave dans le secteur public	RTA Rapport PNLP	Mensuel Annuel	National, Régional, District Sanitaire
41	Total femmes enceintes traitées avec kits pour paludisme grave dans le secteur public	Nombre de femmes enceintes traitées avec kits pour paludisme grave dans le secteur public	RTA Rapport PNLP	Mensuel Annuel	National, Régional, District Sanitaire

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
42	Nombre de prestataires de soins formés sur les stratégies de lutte antipaludiques (Prescripteurs y compris les ASC, Labo, LAV, IEC) dans les 62 districts sanitaires	Nombre de prestataires de soins formés sur les stratégies de lutte antipaludiques (Prescripteurs y compris les ASC, Labo, LAV, IEC), dans les 62 districts sanitaires	RTA Rapport PNLP	Mensuel Annuel	National, Régional, District Sanitaire
43	Pourcentage de gîtes larvaires traités	Numérateur : Nombre de gîtes larvaires ayant bénéficié d'un traitement Dénominateur : Nombre de gîtes larvaires géo-localisés	Rapport PNLP	Mensuel Annuel	National, Régional, District Sanitaire
44	Complétude des rapports d'activités trimestrielles (RTA) des formations sanitaires publiques	Numérateur : Nombre de RTA reçus Dénominateur : Nombre de RTA attendus	SLIS/PNLP	Mensuel trimestriel Annuel	National, Régional, District Sanitaire
45	Complétude des rapports d'activités des formations sanitaires privées	Numérateur : Nombre rapports reçus des formations sanitaires privées Dénominateur : Nombre de rapports attendus de formations sanitaires privées	SLIS/PNLP	Mensuel trimestriel Annuel	National, Régional, District Sanitaire

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
46	Proportion de formations sanitaires publiques fonctionnelles ayant la capacité de faire des diagnostics biologiques du paludisme (microscopie et/ou tests de diagnostic rapide)	Numérateur : Nombre de formations sanitaires publiques fonctionnelles avec des capacités de diagnostic biologique de paludisme Dénominateur : Total des formations sanitaires publiques fonctionnelles	SLIS/PNLP, Enquêtes spéciales	Mensuel Annuel	National, Régional, District Sanitaire
47	Taux annuel d'examens biologiques (Annual Blood Examination Rate = ABER)	Numérateur : Nombre total de cas suspects de paludisme testés Dénominateur : Population totale dans la zone couverte	SLIS/PNLP	Annuel	National, Régional, District sanitaire
48	Nombre de tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques (CTA) réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole OMS	Nombre de tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques (CTA) réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole OMS	Rapport Structures de recherches/ PNLP	Mensuel Annuel	National, Régional, District Sanitaire
49	Nombre de tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole OMS	Nombre total des tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides réalisés dans les sites sentinelles	Rapport Structures de recherches /PNLP	Mensuel Annuel	National, Régional, District Sanitaire
50	Nombre de supervision des prestataires (agents de santé,	Nombre de supervision des prestataires (agents de santé,	Rapport d'activité PNLP	Mensuel Annuel	National, Régional,

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
	relais communautaires, gestionnaires de dépôts) des formations sanitaires (publiques, privées, infirmeries de garnison militaire, CMIE et confessionnelles)	relais communautaires, gestionnaires de dépôts) des formations sanitaires (publiques, privées, infirmeries de garnison militaire, CMIE et confessionnelles) réalisées	et Partenaires		District Sanitaire
51	Nombre de personnes (femmes enceintes, mères d'enfants, gardiens/gardiennes d'enfants) sensibilisés sur le paludisme	Nombre de personnes (femmes enceintes, mères d'enfants, gardiens/gardiennes d'enfants) sensibilisés sur le paludisme	Rapport d'activité PNLP et Partenaires	Mensuel, Annuel	National, Régional, District Sanitaire
52	Nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un signe de danger ou de gravité de paludisme référés par les ASC	Nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un signe de danger ou de gravité de paludisme référés par les ASC	Rapport d'activité PNLP et Partenaires	Mensuel Annuel	National, Régional, District Sanitaire
53	Nombre de spots radio/TV sur le paludisme diffusés au cours de la période ciblée	Nombre total de spots radio et TV sur le paludisme diffusés au cours de la période	Rapport PNLP (Presse/PNLP)	Mensuel Trimestriel	National Régional District sanitaire
54	Nombre de radios de proximité ayant signé des contrats de partenariat dans le cadre de la lutte contre le Paludisme	Nombre de radios de proximité ayant signé des contrats de partenariat dans le cadre de la lutte contre le Paludisme	Rapport PNLP (Presse/PNLP)	Mensuel Trimestriel	National Regional District sanitaire
55	Nombre de supports IEC produits sur la prévention et le traitement du paludisme au cours de la période ciblée	Nombre total de supports IEC produits sur la prévention et le traitement du paludisme au cours de la période ciblée	Rapport PNLP	Mensuel Annuel	National

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPERATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
56	Taux d'exécution des activités du plan d'action annuel du PNLP	<p>Numérateur : Total des activités réalisées</p> <p>Dénominateur : Total des activités planifiées</p>	Rapport PNLP	Trimestriel Annuel	National
57	Taux d'absorption du budget alloué/Mobilisé pour la lutte contre le paludisme par l'Etat et les partenaires	<p>Numérateur : Total des dépenses effectuées pour la lutte contre le paludisme X 100</p> <p>Dénominateur : Total des financements alloués/Mobilisés par l'Etat et les partenaires pour la lutte contre le paludisme</p>	Rapport PNLP	Trimestriel Annuel	National

ANNEXE 2

CADRE DE PERFORMANCE DU PLAN STRATEGIQUE DU PNLP 2013-2017

1. Indicateurs d'impact

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année				
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017
01	Taux d'incidence des cas suspects de paludisme (Cas externes et cas hospitalisés)	44 %	2012	SLIS	37,11%	33,11%	29,11%	25,11%	21,11%
02	Incidence des cas confirmés de paludisme (Cas externes et cas hospitalisés)	644611	2012	Surveillance épidémiologique	580150	522135	469921	422929	380636
03	Incidence du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux et formations sanitaires	541 354	2012	SLIS	453038	407734	366960	330264	297238
04	Incidence du paludisme grave (chez les hospitalisés dans les hôpitaux et formations sanitaires avec lits)	646388	2012	SLIS	500223	450200	405180	364662	328196
05	Taux de prévalence du <i>Plasmodium</i> chez les enfants âgés de moins de 5 ans (et dans la population générale)	52%	2012	EDSM V	45%	35%	25%	23%	18%
06	Taux de prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois	82 %	2012	EDSM V	70%	65%	60%	55%	50%
07	Taux de positivité des tests de paludisme (Microscopie et/ou	73%	2012	Surveillance épidémiologique	63%	53%	43%	33%	23%

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année				
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017
	TDR) chez les patients (externe et hospitalisés)								
08	Incidence des décès liés au paludisme chez les hospitalisés (hôpitaux, autres structures avec lits)	42%	2011	SLIS	34%	30%	26%	22%	18%
	2. Indicateurs de résultats (effets)								
	Lutte antivectorielle								
09	Proportion de ménages avec au moins une MILD pour 2 personnes dans les zones couvertes par la campagne	ND*			80%	80%	80%	100%	100%
10	Proportion de personnes, tout âge confondu, ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	ND*			60%	65%	80%	85%	90%
11	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	69,9%	2012	EDSM V	72%	75%	80%	85%	95%
12	Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	75,2%	2012	EDSM V	77%	89%	80%	85%	95%
13	Pourcentage de la population protégée par la PID dans les zones ciblées	98,64%	2012	Rapport PID	98,5%	99%	99%	99%	99%

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année				
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017
	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	36%	2012	SLIS	56%	66%	80%	80%	80%
	Chimio-prévention saisonnière 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	ND*			70%	70%	80%	85%	90%
	Diagnostic et traitement des cas de paludisme								
16	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique par TDR	61%.	2012	Surveillance épidémiologique	65%	70%	80%	80%	80%
17	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique par GE/FM	14,5%	2012	Surveillance épidémiologique	15%	16%	17%	18%	20%
18	Pourcentage des cas simple de paludisme vus en consultations externes dans les formations sanitaires publiques et privées ayant bénéficié d'un traitement	84,20%	2012	RA PNLP	85%	90%	95%	95%	100%

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année				
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017
	antipaludique approprié conformément aux directives nationales								
19	Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme confirmé ayant été traités avec CTA par les ASC	ND*			50%	70%	80%	85%	85%
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	25%	30%	35%	40%	45%
21	Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme suspect ayant été testée par TDR par les ASC au niveau communautaire	ND*			50%	70%	80%	85%	95%
	Communication pour le Changement social et de Comportement								
22	Pourcentage de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent les mesures préventives du paludisme	ND*			70%	75%	80%	85%	85%
	3. Indicateurs de gestion du Programme (indicateurs d'intrants et de processus)								

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année				
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017
23	Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks de plus d'une semaine dans les principaux intrants (CTA, TDR, SP, MILD, Kit PECADOM) par mois	80,72%	2012	Canevas mensuel PNLN	80%	90%	95%	95%	98%
24	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois ayant bénéficié d'au moins une dose de SP/AQ dans la zone concernée	ND*			80%	80%	80%	85%	90%
25	Nombre de tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques (CTA) réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole OMS	ND*			2	2	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	2	2
27	Taux d'exécution des activités du Plan d'action annuel du PNLN	53,06%	2011	RA PNLN	70%	80%	85%	90%	90%
28	Taux d'absorption du budget alloué à la lutte contre le paludisme par l'Etat et les partenaires	89,49%	2011	RA PNLN	90%	92%	95%	97%	97%

* Non disponible

ANNEXE 3

LISTE DES PARTICIPANTS AU PROCESSUS D'ELABORATION ET DE VALIDATION DES DOCUMENTS NORMATIFS DU PNLP

N°	PRENOM & NOM	SERVICE	CONTACT	EMAIL
01	Dr Sidi Oumar Touré	PKCII	76476435	sidabbatoure@yahoo.fr
02	Dr Broulaye Traoré	Pédiatrie CHU GT	66785009	dbrou@yahoo.fr
03	Dr Modibo Diarra	SIAPS	78647829	mdiarra@msh.org
04	Dr Aligui Yattara	SIAPS	78206319	yalgui@msh.org
05	Mme Keita Mariam Diakité	PNLP	76316648	maridia60@yahoo.fr
06	Abdourhamane Dicko	PNLP	66783559	dickoabdourhamane59@yahoo.fr
07	Dr Aboubacar Sadou	USAID/PMI	76751731	asadou@usaid.gov
08	Dr Diakalia Koné	PNLP	76485430	dkone1311@yahoo.fr
09	Dr Karchi Abderahmane	s/c OMS Mali	OMS	kharchia@who.int
10	Dr Bambi Bâ	PNLP	76243965	mbayebambi@yahoo.fr
11	M. Souleymane Doumbia	SP/CCM	76022268	souldjoma09@yahoo.fr
12	Dr Sidibé Fatoumata Maguiraga	CNIECS	76049763	fatoumag02@yahoo.fr
13	Dr Josépha Maya Traoré	AIRS/Mali	66713469	josephatraore@africaairs.net
14	Dr Daouda Makan Touré	DPM	76012445	touredaoudamakan@yahoo.fr
15	Dr Jules Mihigo	CDC/PMI	73900688	jmihigo@usaid.gov
16	Dr Seydou Fomba	PNLP	66843962	drfomba@hotmail.fr
17	Dr Amadou Sékou Traoré	MRTC	79303209	amadoust@icermali.org
18	M. Bakary Keita	FENASCOM	76365159	fenascom@yahoo.fr

19	Dr Djibril Tamba Konaté	LNS	66718478	djibriltamba@yahoo.fr
20	Dr Mamoutou Diabaté	DNS	76014467	diabatemam@yahoo.fr
21	Dr Ibrahim Coulibaly	CT/MS	72295708	ibrahimcoulibaly55@yahoo.fr
22	Dr Massambou Sacko	OMS	77968777	sackom@ml.afro.who.int
23	Mme Touré Fatoumata Diaty	PNLP	76435273	tfatoumatadiaty@yahoo.fr
24	Dr Batenin Sacko	PNLP	66711495	sackobatenin@yahoo.fr
25	Dr Klenon Taroré	PNLP	76303377	klenont@yahoo.fr
26	Dr Hippolyte Traoré	INRSP	60899322	hippolytetraore@yahoo.fr
27	Dr Cheick Oumar Coulibaly	OMS	76140120	coulibalyc@ml.afro.who.int
28	Dr Madina Konaté	PNLP	76231703	dinacoul70@yahoo.fr
29	Dr Hamidou Cissoko	DNS	76471521	cissokoham@yahoo.fr
30	Dr Yacouba Djiré	PSI/Mali	76233950	ydjire@psimali.org
31	Dr Yacouba Sangaré	DRS	76082204	yacousangkidal@yahoo.fr
32	Mme Aissata Cissé	PNLP	66795533	cisaissata@yahoo.fr
33	Mme Fanta Traoré	PNLP	66783960	fantaytraor@yahoo.fr
34	M. Drissa Lamine Coulibaly	PNLP	66728069	cdrissalamine@yahoo.fr
35	M. Abdoulaye Coulibaly	PNLP	78505326	
36	M. Ousmane Koné	Cabinet /MS		
37	M. Issa Doumbia	DFM/Santé	66729253	espacecyberyam@yahoo.fr
38	Dr Barrasson Diarra	PNLP	63340813	Barassondiarra750@hotmail.com
39	M. Moctar Traoré	DNS	76107511	Traorem35@yahoo.fr
40	Dr Samba Coumaré	MRTC	69569925	scoumare@icermali.org
41	Dr Mohamed Keita	PNLP	66722688	bilkeita@yahoo.fr
42	Dr Souleymane Vincent Sanogo	PNLP	65867653	sanogovincent@yahoo.fr
44	Dr Diahara Traoré	PNLP	76477560	dtkone@hotmail.fr
45	M. Bohy Dembélé	PNLP	66760764	tbohy_dembele@yahoo.fr

46	M. Mory Camara	PNLP	66727217	camaramory@yahoo.fr
47	Dr Awa Sidibé	PNLP	70381939	kadisam50@yahoo.fr
48	Pr Abdoulaye Touré	UNICEF	66732800	atoure@unicef.org
49	Dr Issaka Sagara	MRTC	76459079	isagara@icermali.org
50	Pr Sekou F Traoré	MRTC	66753394	cheick@icermali.org
51	Dr Mamadou B Coulibaly	MRTC	75369580	doudou@icermali.org