

**MINISTRE DE LA SANTE ET
DU DEVELOPPEMENT SOCIAL**

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME**

Tel : 20 22 32 54/ 20 22 32 56

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL
DE LUTTE CONTRE LE
PALUDISME 2018-2022 RÉVISÉ,
AVEC EXTENSION A 2024**

Février 2021



TABLE DE MATIERES

<i>LISTE DES TABLEAUX</i>	<i>iii</i>
<i>LISTE DES FIGURES</i>	<i>iii</i>
<i>REMERCIEMENTS</i>	<i>iv</i>
<i>LISTE DES ACRONYMES ET ABBREVIATIONS</i>	<i>v</i>
<i>RESUME</i>	<i>x</i>
<i>Vision du PSN révisé 2021-2024</i>	<i>x</i>
<i>Mission</i>	<i>x</i>
<i>Orientations stratégiques et priorités politiques</i>	<i>x</i>
But et objectifs	<i>xi</i>
But.....	<i>xi</i>
I.	<i>PROFIL DU PAYS 3</i>
1.2	Système socio-politique..... 3
1.3	Situation socio-démographique 4
1.4	Situation socio-économique 5
1.5	Analyse du système de santé..... 6
1.5.1	Politique et stratégie nationale de santé..... 6
1.5.2	Système de santé publique..... 7
1.5.3	Système de santé privé..... 16
1.5.4	Système communautaire pour la santé..... 16
1.5.5	Médecine traditionnelle..... 16
1.5.6	Performance du système de santé..... 17
1.5.7	Contribution du système de santé à la lutte contre le paludisme..... 17
1.5.8	Contribution du PNLP au renforcement du système de santé..... 18
II.	<i>ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME 19</i>
2.1	Historique de la lutte contre le paludisme 19
2.2	Profil épidémiologique 19
2.1.1	Parasites du paludisme..... 19
2.1.2	Vecteurs du paludisme..... 20
2.1.3	Dynamique de la transmission du paludisme et niveau d'endémicité..... 21
2.1.4	Morbidité et mortalité période (2018-2020) 24
2.2	Revue à mi-parcours du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2018-2022 26
2.2.2	Situation du financement du programme..... 35
2.2.4	Principales faiblesses de mise en œuvre du PSN en 2018-2020..... 37
2.3	Défis pour le PSN 2018-2022 révisé avec extension à 2024..... 39
3	<i>CADRE STRATEGIQUE DU PSN 2018-2022 révisé avec extension à 2024 40</i>
3.1	Vision 40
3.2	Mission..... 40
3.3	Principes et valeurs..... 40
3.4	Orientations stratégiques et priorités politiques 41
3.5	But et objectifs 42
3.5.1	But..... 42
3.5.2	Objectifs 42
3.6	Principales stratégies de lutte..... 42
3.6.1	Gestion et coordination du programme 42

3.6.2	Lutte Anti Vectorielle (LAV)	43
3.6.3	Prévention du Paludisme chez la femme enceinte	46
3.6.3.1	Traitement Préventif Intermittent (TPIg).....	46
3.6.3.2	MILD chez la femme enceinte.....	47
3.6.4	Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS)	48
3.6.5	Diagnostic et Prise en charge des cas.....	49
3.6.6	Promotion de la Santé	51
3.6.7	Lutte contre les épidémies et Urgences liées au Paludisme	52
3.6.8	Surveillance, Suivi -évaluation et Recherche opérationnelle	54
4	<i>CADRE DE MISE EN OEUVRE DU PSN 2021-2024</i>	55
4.1	Modalités de mise en œuvre du PSN révisé 2021-2024	55
4.1.1	Mécanisme de planification et de mise en œuvre.....	55
4.1.2	Système de partenariat et de coordination.....	55
4.1.3	Approvisionnement et système de gestion des achats.....	55
4.1.4	Gestion des ressources financières.....	56
4.1.5	Gestion et atténuation des risques	56
4.2	Budgétisation du PSN révisé 2021-2024	56
4.2.1	Résumé du budget	56
4.2.2	Plan de mobilisation des ressources	58
4.2.3	Cartographie des donateurs et stratégie de mobilisation des ressources.....	59
4.2.3	Analyse des écarts budgétaires du PSN 2018-2022 révisé avec extension à 2024	59
5	<i>CADRE DE SURVEILLANCE, SUIVI ET EVALUATION</i>	60
5.1.	Cadre de performance	60
5.2.	Système de gestion des données	72
5.2.1.	Utilisation des données de routine	72
5.2.2.	Evaluation de l'impact	72
5.3.	Mécanismes de coordination du SS&E.....	72
	<i>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</i>	73
	<i>ANNEXES</i>	74
	Annexe 1 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE ET BUDGET DETAILLE DU PSN REVISE 2018-2022 révisé avec extension à 2024.....	74
	Annexe 2 : Organigramme du PNLP	99
	Annexe 3 : Liste des participants aux travaux de révision du PSN 2018-2022 avec extension à 2024.....	100

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principaux indicateurs de Développement	6
Tableau 2 : Contribution du système de santé à la lutte contre le paludisme	18
Tableau 3 : Les interventions retenues selon les strates	23
Tableau 4 : Progrès des indicateurs du cadre de Performance en 2018-2020	26
Tableau 5: Indicateurs de progrès de la lutte antivectorielle, 2018-2020	28
Tableau 6: Indicateurs de progrès sur le diagnostic en 2018-2020	29
Tableau 7: Indicateurs de progrès du traitement antipaludique, 2018-2020	30
Tableau 8: Indicateurs de progrès du TPI en 2018-2020	31
Tableau 9: Indicateurs de progrès de la CPS en 2018-2020	31
Tableau 10: Répartition des taux de mortalité des moustiques aux insecticides dans 13 sites sentinelles du Sud et du Centre Mali :	34
Tableau 11 : Tendances des crédits budgétaires alloués au secteur de la Santé dans le budget national	35
Tableau 12: Tendances des crédits budgétaires alloués à la lutte contre le paludisme dans le budget de la santé	35
Tableau 13: Tendances de la participation financière des partenaires à la lutte contre le paludisme de 2018 à 2020	35
Tableau 14: Etat de la mobilisation des ressources et des dépenses, 2018-2020	36
Tableau 15: Insuffisances et propositions d'amélioration par intervention	37
Tableau 16 : Répartition du budget par domaine de prestation de service	57
Tableau 17: Résumé du budget par partenaire	59
Tableau 18 : Résumé de l'analyse des écarts budgétaires	59
Tableau 19 : Cadre de performance du PSN 2018-2022 révisé avec extension à 2024	61

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte administrative du Mali	4
Figure 2: Système d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres intrants	10
Figure 3: Chaîne de distribution des médicaments essentiels et système de contrôle d'inventaire	11
Figure 4 : Carte de distribution des vecteurs du paludisme selon les données disponibles de 2010 à 2019.	20
Figure 5 : Incidence annuelle du paludisme à l'échelle district sanitaire ajustée au taux de fréquentation des structures de santé au Mali 2019.	21
Figure 6 : La stratification avec l'incidence ajustée en fonction du taux de fréquentation.....	22
Figure 7 : Carte de prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois selon l'EDS VI 2018	24
Figure 8 : Evolution de l'incidence totale du paludisme et chez les enfants de moins de 5 ans au Mali de 2015 à 2020	25
Figure 9: Le taux de positivité des tests de diagnostic du paludisme (Microscopie et TDR). 25	

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé et du Développement Social à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme remercie l'ensemble des acteurs pour leurs contributions de taille dans l'élaboration de ce document. Il s'agit:

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

LISTE DES ACRONYMES ET ABBREVIATIONS

ABG	Appui Budgétaire Global
ABS	Appui Budgétaire Sectoriel
ALU	Artémether Luméfantrine
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANTIM	Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASECNA	Agence pour la sécurité aérienne en Afrique
BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque Mondiale
BTI	Bacillus thuringiensis israeliensis
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCM	Country Coordination Mechanism
CCSC	Communication pour le Changement Social et de Comportement
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMM	Consommation Moyenne Mensuelle
CNAM	Centre National d'Appui à la Maladie
CNIECS	Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé
COMPACT	Accroître les efforts et les ressources pour la Santé en vue de l'atteinte des OMD
CPM	Chef de Poste Médical
CPN	Consultation Périnatale
CPNR	Consultation Périnatale Recentrée
CPS/ MS	Cellule de Planification et de Statistique/ Ministère de la Santé
CPS	Chimio-Prévention Saisonnière
CREDD	Cadre de Relance Economique pour le Développement Durable
CREDOS	Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant
CROCEP	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSCRP	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSRéf	Centre de Santé de Référence

CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CTB	Coopération Technique Belge
CTCSGME	Comité Technique de Coordination et de Suivi de la Gestion des Médicaments Essentiels
DCI	Dénomination Commune Internationale
DRDS-ES	Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire
DEAP	Département de l'Epidémiologie et des Affections Parasitaires
DESAM	Développement Sanitaire du Mali
DHIS2	District Health Information Software 2
DHS	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
DMT	Département de Médecine Traditionnelle
DNS	Direction Nationale de la Santé
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
DRC	Dépôt Répartiteur de Cercle
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSR	Division de la Santé de la Reproduction
DTC	Directeur Technique de Centre
DV	Dépôt de Vente
EDSM	Enquête Démographique et de Santé du Mali
EIPM	Enquête sur les Indicateurs du Paludisme, Mali
EMOP	Enquête Modulaire et Permanente auprès des ménages
EPH	Etablissement Public Hospitalier
F CFA	Francs de la Communauté Financière Africaine
FAD	Fonds Africain de Développement
FE	Femme Enceinte
FED	Fonds Européen de Développement
FM	Fonds Mondial
FMSTP	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FRP	Faire Reculer le Paludisme
FS	Formation Sanitaire
GAS	Gestion des Approvisionnement et des Stocks
GE/FM	Goutte Epaisse /Frottis Mince
GTZ	Coopération Technique Allemande
GFATM	Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria
IBC	Interventions à Base Communautaire

INFSS	Institut National de Formation en Sciences de la Santé
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
IDH	Indice du développement Humain
IEC	Information, Education, Communication
IHP	International Health Partnership
ILM	Initiative Leadership Ministériel
IP	Indice Plasmodique
IPC	Indice de Perception de la Corruption
IRA	Infection Respiratoire Aigue
IRS	Indoor Residual Spraying
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JAP	Journée Africaine du Paludisme
JMLP	Journée Mondiale de lutte contre le Paludisme
JNV	Journées Nationales de Vaccination
LAP	Lutte Anti Paludique
LFA	Local Fund Agent (Agent local du Fonds Mondial)
LIV	Lutte Intégrée contre les Vecteurs
LNS	Laboratoire National de la Santé
MAT	Médicaments Traditionnels Améliorés
MICS	Multiple Indicators Cluster Surveys
MII	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide
MSF	Médecins Sans Frontières
MILD	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide Longue Durée
MIS	Malaria Indicators Surveys
MRTC	Malaria Research and Training Center
MTA	Médicament Traditionnel Amélioré
MTI	Matériaux Traités aux Insecticides
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
ODD	Objectifs pour le Développement Durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMVS	Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
OSPSanté	Outil de Suivi des Produits de Santé
OUA	Organisation de l’Unité Africaine

PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PEC	Prise En Charge des Cas
PECADOM	Prise en Charge à Domicile
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	Presidential Malaria Initiative (Initiative Présidentielle contre le Paludisme)
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PP	Prévalence Parasitaire
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPN	Politique Nationale Pharmaceutique
PPP	Partenariat Public et Privé
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PSN	Plan Stratégique National
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PVM	Projet Villages du Millénaire
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RAOPAG	Réseau Ouest Africain pour la Prévention du Paludisme pendant la Grossesse
RAOTAP	Réseau Ouest Africain pour la Politique du Traitement du Paludisme
RBM	Roll Back Malaria
RECOMSA	Réseau des Communicateurs en Santé
RECOTRADE	Réseau des Communicateurs Traditionnels pour le Développement
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RPP	Revue de Performance du Programme
RTA	Rapport Trimestriel d'Activités
SDADME	Schéma Directeur D'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels
SEC	Soins Essentiels au niveau de la Communauté
S&E	Suivi et Evaluation
SIAN	Semaine d'Intensification des Activités de Nutrition
SIGL	Système d'Information et de Gestion Logistique
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte
SIS	Système d'Information Sanitaire

SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SSP	Soins de Santé Primaires
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
TDR	Tests de Diagnostic Rapide
TPR	Trésorier Payeur Régional
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence américaine de Développement International
USD	Dollar des Etats-Unis

RESUME

Le Gouvernement du Mali avec l'appui de ses partenaires au développement, a investi d'importantes ressources au cours des dernières décennies afin de réduire le fardeau du paludisme sur la population. C'est dans cette dynamique que le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a élaboré en 2017 un Plan Stratégique National (PSN) pour la période 2018-2022 avec un plan de mise en œuvre tri annuel (2018-2020).

Après 3 années de mise en œuvre, les autorités sanitaires nationales en collaboration avec les partenaires techniques et financiers ont procédé à la revue à mi-parcours ainsi qu'à la révision dudit plan stratégique pour la période 2021-2022.

Aussi, la note conceptuelle actuelle du Fonds Mondial arrive à échéance en 2021, à cet effet le plan stratégique révisé a été ajusté pour la période 2018-2022 révisé avec extension à 2024 couvrant ainsi la durée de la nouvelle note conceptuelle.

Le plan stratégique a été réajusté à travers un processus ayant impliqué tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le paludisme aussi bien locaux qu'internationaux. Les travaux ont été effectués en commission et en plénière. Plusieurs documents référentiels dont le PDDSS 2014-2023, le PRODESS IV (2019-2023), le rapport de la revue à mi-parcours du PSN de lutte contre le paludisme 2018-2022, le document de stratification du paludisme au Mali et le Plan d'action de l'approche *High Burden to High Impact* ou d'une charge élevée à un fort impact (HBHI) au Mali ont servi de support pour le réajustement du présent PSN révisé pour la période 2021-2024.

Vision du PSN révisé 2021-2024

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

Mission

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

Orientations stratégiques et priorités politiques

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

But et objectifs

But

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

Objectifs

- Réduire le taux de mortalité lié au paludisme d'au moins 60% par rapport à 2015 ;
- Réduire l'incidence du paludisme d'au moins 60% par rapport à 2015 ;
- Renforcer les capacités de coordination et de gestion du Programme à tous les niveaux.

Budget

Le budget du PSN 2018-2022 révisé avec extension à 2024 s'élève à **170 520 153 263 F CFA soit (259 956 287,84 Euro)**.

INTRODUCTION

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique au Mali qui fait partie des 11 pays à charge élevée du paludisme et a souscrit à l'initiative *High Burden to High Impact* (HBHI ; d'une charge élevée à un forte impact) dont le lancement a eu lieu le 30 mars 2021 sous la présidence de Mme le ministre de la Santé et du Développement Social.

En effet, le paludisme est la première cause de morbidité (34%) et de mortalité (22%) selon l'annuaire Statistique du Système Local d'Information sanitaire (SLIS) 2020. Il est ainsi l'une des priorités de la politique nationale de santé. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les couches les plus affectées. Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé du Mali VI (EDSMVI, 2018) ont montré que 16 % des enfants de 6-59 mois et 63 % des femmes étaient anémiés.

La prévalence nationale du paludisme était de 19% avec une disparité régionale. Dans les régions du sud, Sikasso était la plus touchée avec 30% de personnes infectées et le District de Bamako le moins touché avec 1%. Dans les régions du Nord, Gao était la plus touchée avec 15% et la moins touchée Kidal avec 2%. Le taux d'incidence est passé de 111‰ en 2017 à 129‰ en 2020.

Pour la couverture des interventions selon EDSMVI, 90% des ménages possédaient au moins une moustiquaire avec 88 % de taux de possession en milieu urbain contre 91% en milieu rural. La proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire Imprégnée d'Insecticide Longue Durée (MILD) était de 79%.

Dans les ménages possédant au moins une MILD, globalement 85% des enfants de moins de 5 ans avaient dormi sous une MILD la nuit précédant l'enquête, soit 68% des enfants en milieu urbain et 82% en milieu rural. Chez les femmes enceintes, la proportion ayant passé la nuit précédant l'enquête sous une MILD était de 84%. La proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une MILD en milieu urbain était de 73% contre 87% en milieu rural.

Dans le cadre de sa planification, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) avait élaboré en 2017 un Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le paludisme (2018-2022). La revue à mi-parcours de ce plan stratégique a été réalisée d'octobre 2020 à janvier 2021 pour réajuster les activités, les stratégies de contrôle et d'élimination du paludisme.

Cette revue a permis d'apprécier les capacités de gestion du programme à différents niveaux, vérifier la disponibilité des moyens pour offrir les services efficaces de prévention et de traitement du paludisme, documenter les expériences réussies durant la période évaluée. Elle a permis également d'identifier les insuffisances et les défis rencontrés dans la mise en œuvre et de formuler des recommandations.

Le plan stratégique a été réajusté à travers un processus ayant impliqué tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le paludisme. Les travaux ont été effectués en commission et en plénière. Plusieurs documents référentiels dont le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023, le Programme de Développement Sanitaire et Social

(PRODESS) IV (2019-2023), le rapport de la revue à mi-parcours, le document de stratification du paludisme et l'approche HBHI ont servi de support pour le réajustement du PSN.

I. PROFIL DU PAYS

1.1 Situation géographique, climat et transmission du paludisme

Le Mali est un pays enclavé de l'Afrique de l'Ouest situé entre les 10^{ème} et 25^{ème} degrés de latitude nord et entre les 4^{ème} et 12^{ème} degré de longitude ouest. Avec une superficie de 1 241 238 km² [1], le Mali partage près de 7 200 km de frontière avec sept pays : l'Algérie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso au sud-est, la Côte d'Ivoire et la Guinée au sud, la Mauritanie et le Sénégal à l'ouest. C'est un pays de plaines et de bas plateaux avec une altitude moyenne de 500 mètres. Le régime hydrographique, tributaire de la configuration géographique s'étendant entre les 11° et 25° de latitude nord, est essentiellement constitué par les bassins du Haut Sénégal et du Niger. Deux fleuves traversent le Mali : le fleuve Niger et le fleuve Sénégal. Il existe plusieurs barrages et de zones inondées servant à l'agriculture. Les zones inondées s'étendent le long du fleuve Niger. Le delta intérieur du fleuve Niger va de la région de Ségou, à la région de Tombouctou en passant par Mopti, et couvre une surface maximale de 41 000 km². Les données de pluviométrie annuelle mesurées varient de moins de 200 mm à plus de 1100 mm : moins de 200 mm dans la zone désertique, 200 à 600 mm dans la zone sahélienne, 600 à 800 mm dans la zone Soudanienne, 800 à 1100 mm dans la zone soudano-guinéenne et plus de 1100 mm dans la zone pré-guinéenne.

En 2019 les données d'observations mesurées au sud et au centre du Mali par MALI-METEO indiquaient que les températures annuelles moyennes minimale et maximale variaient respectivement de 18,5 à 24,9 °Celsius et 33,8 à 37,8 °Celsius.

La transmission du paludisme est tributaire du climat, de l'environnement, des caractéristiques sociodémographiques et des stratégies de lutte mises en place.

Le Mali, à l'instar des autres pays au sud du Sahara, est confronté au phénomène d'endémicité palustre. Les principales espèces parasitaires rencontrées sont : *Plasmodium falciparum* (plus de 85%), *Plasmodium malariae* (10-15%) et *Plasmodium ovale* (1%). Toutefois, l'espèce *Plasmodium vivax* a été observée et documentée au Mali. Le paludisme est en général endémique dans la majeure partie des localités du Mali avec une recrudescence en saison pluvieuse.

1.2 Système socio-politique

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

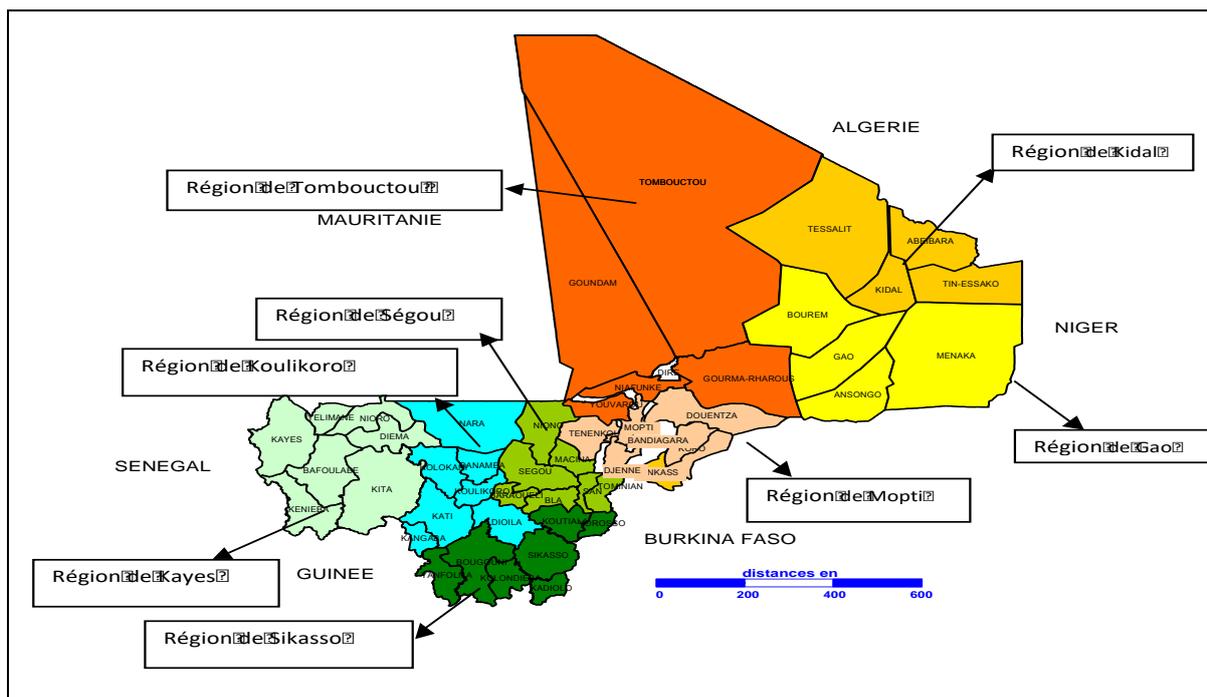


Figure 1 : Carte administrative du Mali

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

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

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

1.3 Situation socio-démographique

La population du Mali était estimée à 20 536 999 habitants en 2020 avec un taux d'accroissement annuel de 3,36 % (RGPH 2009 actualisé par la DNP, 2020).

Le Mali demeure parmi les pays à développement humain faible. Avec un indice de développement humain (IDH) de 0,43 en 2020, le Mali se classait au 184^{ème} rang sur 189, selon le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD, Rapport 2020). Le taux d'alphabétisation est de 28% pour les femmes et 47% pour les hommes (l'EDSM 2018). Quel que soit le sexe, le taux d'alphabétisation est plus élevé en milieu urbain (52 % pour les

femmes et 71 % pour les hommes) qu'en milieu rural (19 % des femmes et 38 % des hommes).

Les indicateurs socio-sanitaires (tableau 1) sont marqués par des taux élevés de mortalité infantile (54‰), infanto juvénile (101‰) et maternelle (325 pour 100 000 naissances vivantes) (EDSM, 2018).

Avec la crise socio-politique et sécuritaire qui s'est installée depuis 2012 le Mali enregistre un nombre important de personnes déplacées avec pour corollaire l'insécurité alimentaire. En effet selon le bulletin humanitaire produit par OCHA en janvier 2021, le nombre de déplacés internes a considérablement augmenté, passant de 47 700 en janvier 2018 à 358 212 en janvier 2021 et le nombre de personnes en insécurité alimentaire reste très élevé (5,9 millions).

A cette situation déjà complexe s'ajoute des réfugiées en provenance des pays frontaliers affectés par la dégradation de la situation sécuritaire. Selon le bulletin produit par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) de janvier 2021 le nombre de réfugiés maliens enregistrés dans les pays voisins était de 140 000 personnes en juin 2020, tandis qu'à la même période 71 158 réfugiés étaient retournés au Mali. La situation sanitaire et sociale au Mali est affectée par la crise sécuritaire et les troubles sociopolitiques depuis 2012, y compris les mouvements de grèves à répétition dans plusieurs secteurs dont celui de la santé. Cette situation déjà préoccupante a été exacerbée par l'émergence de la maladie à coronavirus SARS CoV-2 (COVID19) en 2020. Cela a pour conséquences l'amenuisement de l'accès aux soins des populations sur l'ensemble du pays et l'augmentation de la morbidité et la mortalité entre autres.

1.4 Situation socio-économique

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

La pauvreté de condition de vie est une réalité quand on analyse les résultats de l'IPC, édition 2014 relatifs à l'accès des communes du Mali aux services sociaux de base (santé, éducation, emploi, eau, électricité, etc.). Selon les résultats provisoires de l'enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP) 2020, la pauvreté monétaire est un phénomène réel au Mali car 42,3% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Dépourvu de frontière maritime, le Mali est dépendant des pays limitrophes ayant un accès à la mer. Les principaux axes de communication avec la côte sont : Bamako-Abidjan (1 115 km), Bamako-Dakar (1 250 km) ; Bamako-Conakry (982 km) et Bamako-Nouakchott (2 300Km). Le pays compte 1 aéroport international Président Modibo KEITA Sénou (Bamako), 7 aéroports / aérodromes (Kayes, Nioro, Yelimané, Sikasso, Tombouctou, Mopti et Gao) et plusieurs pistes d'atterrissage (source : ASECNA Août/2017), 12 chaînes de télévision (2

nationales et 10 privées), 402 radios (2 nationales et 400 communautaires), 1 office national de télécommunication et 3 réseaux de téléphonie GSM.

Tableau 1 : Principaux indicateurs de Développement

Indicateurs	Taux/Ratio	Source et année
Taux brut de natalité	49‰	RGPH 1998
Taux de croissance démographique	3,6%	RGPH 2009
Mortalité néonatale	35‰	EDSM 2018
Mortalité infantile	54‰	EDSM 2018
Mortalité des enfants en dessous de 5 ans	101‰	EDSM 2018
Ratio de Mortalité maternelle	325 pour 100 000 naissances vivantes	EDSM 2018
Femmes recevant des soins prénataux	80%	EDSM 2018
Accouchements par des professionnels	67%	EDSM 2018
Taux Global de Fécondité Générale pour les 15-44 ans	216‰	EDSM 2018
Prévalence du VIH dans la cohorte des 14-49 ans	1,1%	EDSM 2012-2013
Espérance de vie	55 ans	RGPH2009
Alphabétisation des 15-49 ans	Sexe masculin = 47% ; sexe féminin = 28%	EDSM 2018
Population en dessous du seuil de pauvreté	42,3%	EMOP 2020
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	6,3	EDSM 2018
Taux brut de scolarisation au primaire	68,9%	EDSM 2018
Taux de prévalence contraceptive	15%	EDSM 2018
Pourcentage de la population vivant en milieu rural	76%	EDSM 2018

1.5 Analyse du système de santé

1.5.1 Politique et stratégie nationale de santé

Le Mali a adopté le 15 décembre 1990 sa déclaration de Politique sectorielle de santé et de population. Cette politique basée sur l'approche programme qui, contrairement à l'approche projet, est plus globale, plus intégrée et vise un développement harmonieux et durable des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la famille. Elle a été reconfirmée par la Loi d'orientation sur la santé n° 02 – 049 du 22 Juillet 2002 qui précise ses grandes orientations sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et performance du système de santé.

Cette politique est mise en œuvre en partie ou en totalité à travers le PDDSS dont la deuxième génération est de 2014-2023 et son dernier plan quinquennal PRODESS IV 2019-2023, qui sont les documents de référence définissant les axes stratégiques d'intervention en matière de

développement sanitaire et social. Le PDDSS et le PRODESS ont pour ambition de développer une approche « programme » décentralisée et multisectorielle. C'est dans ce contexte que le Gouvernement a transféré certaines compétences aux collectivités décentralisées des communes et des cercles. Dans cette dynamique, le Mali a reçu en janvier 2021 une subvention du Fonds mondial pour le renforcement du système de santé (RSS) au niveau communautaire avec le renforcement du rôle des CSComs et le déploiement des Agents de santé communautaire (ASC).

La politique sanitaire du Mali est conforme aux grands principes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et aux Objectifs de Développement Durables (ODD) 2016-2030. Les objectifs prioritaires de santé sont inscrits dans le Cadre de Relance Économique et de Développement Durable (CREDD), avec un accent particulier pour les zones rurales et périurbaines pour la prévention, la promotion de la santé et du bien-être. Plusieurs initiatives sont en cours au niveau du département de la santé dont le Partenariat Public et Privé (PPP) et le COMPACT en vue d'accroître et mettre ensemble les ressources pour atteindre les objectifs.

1.5.2 Système de santé publique

1.5.2.1 Description

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

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

- **Le niveau opérationnel** : le district sanitaire constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion ;
- **Le niveau régional** est celui de l'appui technique au premier niveau ;
- **Le niveau national** est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement.

En outre il définit les critères d'efficacité, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards et mobilise les ressources de l'Etat, celles des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et du privé pour le financement des soins de qualité accessibles à tous.

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

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

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

1.5.2.2 Prestations de soins

La pyramide sanitaire est structurée en trois niveaux de soins.

- Le **niveau central comprend** : 6 Établissements Publics Hospitaliers/Centre Hospitalo-Universitaires (EPH/CHU) : Point "G", Gabriel TOURE, IOTA, CNOS, Hôpital du Mali, Hôpital dermatologique de Bamako dont 3 à vocation générale et 3 à vocation spécialisée, 1 Institut national de santé publique (INSP), 1 Centre national de transfusion sanguine (CNTS) et 1 Laboratoire national de la santé (LNS), et 1 Centre de recherche et de lutte contre la drépanocytose (CRLD). Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide, constituent le 3^{ème} niveau de référence.
- Le **niveau intermédiaire** regroupe 8 EPH (Kayes, Kati, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et l'Hôpital mère enfant « le Luxembourg ») assurant le 2^{ème} niveau de référence à vocation générale. L'Hôpital « Mère-enfant » le Luxembourg est un établissement sanitaire à vocation humanitaire.
- Le **niveau opérationnel** comprend 2 échelons :
 - Le **premier échelon** (la base de la pyramide) ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé Communautaire (CSCoM) dont 1404 étaient fonctionnels en 2019 (tableau 2) Il existe d'autres structures de santé : parapubliques, confessionnelles, dispensaires, les maternités rurales et les établissements de santé privés (cabinet médical) qui complètent le premier échelon. Certains aspects de l'offre des soins sont assurés par des ONG, il s'agit surtout de la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), VIH/SIDA. Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieux de consultations de médecine traditionnelle dont la collaboration avec la médecine conventionnelle reste à renforcer.

Le Mali dispose d'un nouveau plan stratégique des soins essentiels dans la communauté 2021-2025. Ce plan prend en compte les nouveaux besoins (l'administration de la SP à partir de la 2^{ème} dose, Covid-19). Le nombre de sites ASC fonctionnels au Mali est de 2 782 sur 3 056 en 2020 offrant le paquet SEC ciblant les activités de prévention et de prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire.
 - Le **deuxième échelon** ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les Centres de Santé de Référence (CSRéf) au niveau des districts sanitaires au nombre de 62 en 2019. Les CSRéf assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

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

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

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

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

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

Le Système d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres intrants se fait comme décrit ci-dessous (Figures 2 et 3)

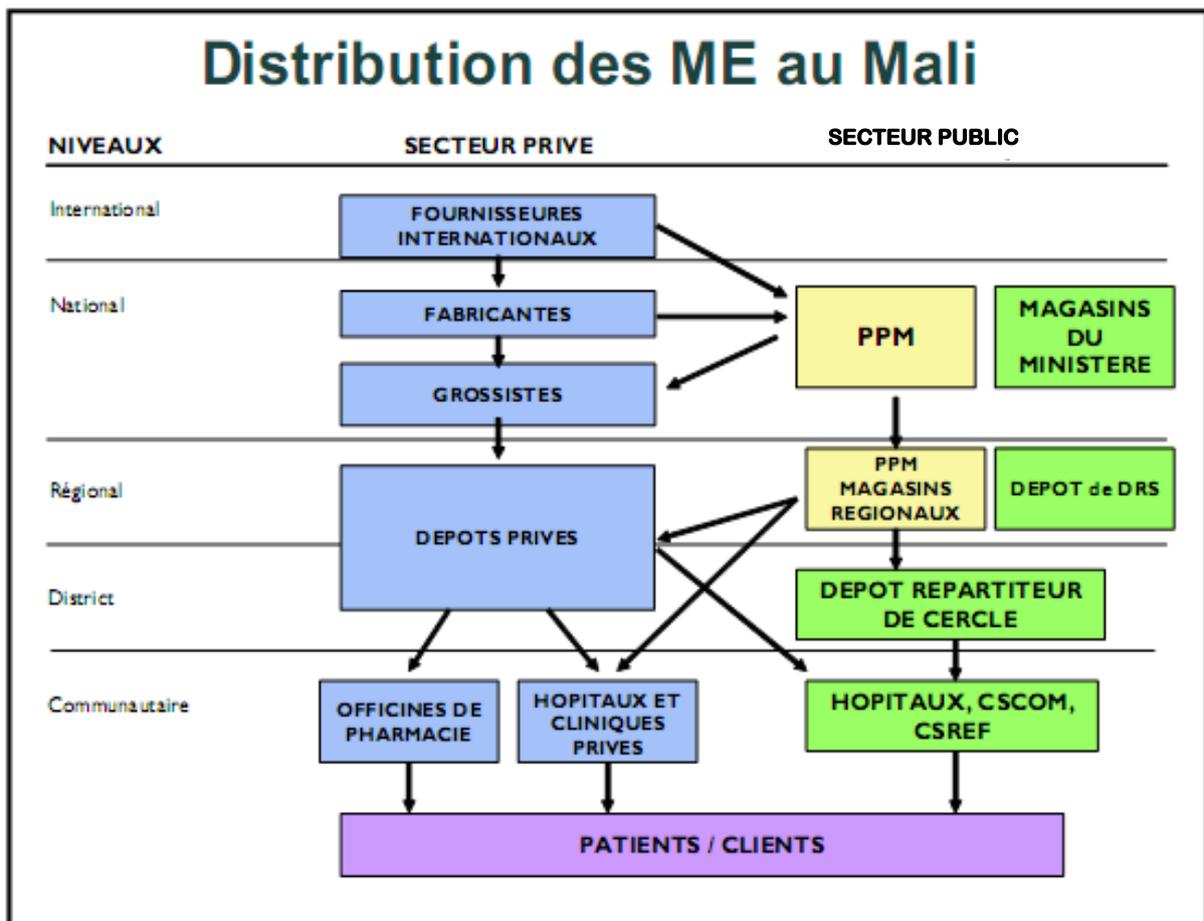


Figure 2: Système d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres intrants

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

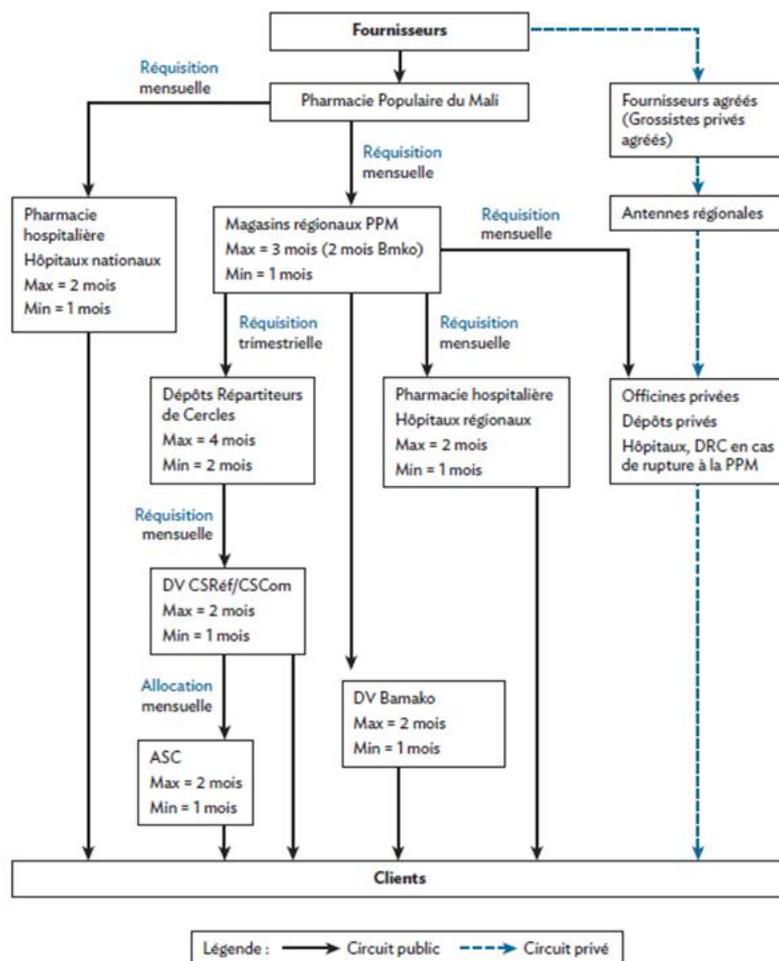


Figure 3: Chaîne de distribution des médicaments essentiels et système de contrôle d'inventaire

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

- **Au niveau central**, la PPM joue le rôle de Centrale d'achat et constitue l'instrument privilégié du Mali en matière d'approvisionnement en médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale (DCI).
- **Au niveau des régions**, il existe des magasins régionaux de la PPM à l'exception de Gao, Kidal, Ménaka et Taoudénit.
- **Au niveau des districts sanitaires**, les Dépôts répartiteurs de cercle (DRC) s'approvisionnent dans les magasins régionaux de la PPM en utilisant leurs propres ressources pour le secteur marchand (véhicule de service socio sanitaire des cercles et fonds générés par la vente des produits) ; pour le secteur gratuit, la PPM est chargée d'assurer la livraison jusqu'au niveau des DRC.

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

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

- **Contrôle de qualité des médicaments**

Il se fait à différents niveaux :

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

En 2010 avec l'appui financier de USAID/PMI, le LNS a équipé toutes les régions d'un kit mini-laboratoire de contrôle de qualité. Les échantillons sont ainsi analysés au niveau régional et des tests de confirmation réalisés au niveau du LNS à Bamako. Le Fonds mondial à travers le plan d'appui du RSS (2021-2023) soutient la certification du LNS.

1.5.2.4 Ressources humaines pour la santé

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

Selon l'OMS, il faut 23 professionnels de santé (Médecin, Sage-femme et Infirmier) pour 10 000 habitants. Ce ratio est loin d'être atteint au Mali étant donné qu'il est de 5 professionnels de santé pour 10 000 habitants (Annuaire SLIS 2019). Il prend en compte les professionnels de l'Etat, des structures privées, parapubliques et confessionnelles.

1.5.2.5 Système national de surveillance épidémiologique, suivi/évaluation et de Recherche

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

Le système de Suivi Evaluation tire principalement ses données du système d'information existant.

Le Système d'Information Sanitaire (SIS) : c'est à travers lui que se fait la collecte des données de routine pour les statistiques sanitaires du pays. Le SIS dispose de supports spécifiques qui permettent de collecter les données (registres) et élaborer les Rapports Mensuelles d'Activités (RMA). La transmission et le stockage des données se fait à travers la plateforme DHIS2.

- **Le système de Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte (SIMR) :** c'est à travers ce système que sont collectées les données sur les maladies prioritaires y compris les données du paludisme. Ces données sont collectées dans les formations sanitaires et envoyées au niveau central (service de surveillance) de façon hebdomadaire pour permettre une réaction prompte en cas de situation d'épidémie ;
- **Les sites sentinelles de surveillance :** ils sont au nombre de 13 et permettent de collecter de façon continue des données de qualité sur la mortalité et la morbidité dues au paludisme d'une part, et des données sur le laboratoire, l'entomologie et l'efficacité thérapeutique des antipaludiques d'autre part. Il s'agit de données complémentaires qui ne sont pas actuellement prises en compte par le Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Des outils spécifiques sont mis en place au niveau de ces sites ;
- **Les études et recherches :** elles permettent de documenter davantage certains aspects spécifiques en rapport avec la prévention ou la prise en charge du paludisme.

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

-les données spécifiques des programmes de santé :

Les données spécifiques des programmes de santé sont prises directement en compte dans le cadre du DHIS2. 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 Président 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 sont fournies selon une périodicité convenue d'avance entre les parties intéressées (mensuelle, trimestrielle ou semestrielle) et conformément au circuit d'information.

Les données des campagnes de masse (MILD, CPS, PID) sont collectées à travers des supports spécifiques et saisies dans le DHIS2.

Le contrôle qualité des données se fait à travers

- Les revues des données
- Les audits semestriels de la qualité des données
- Les supervisions

1.5.2.6 Financement de la santé

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

La part du budget de l'Etat consacrée au développement de la santé est de 5,99% en 2018 pour un objectif prévisionnel national de 13% encore loin des 15% de la recommandation d'Abuja. En 2016, la part des contributions des différentes sources de financement était de 28% pour l'Administration publique, 39% pour les ménages et 31% pour les partenaires extérieurs.

Le budget de l'Etat est la première source de financement de la santé avec une moyenne de 55,4% contre 31,7% provenant des partenaires extérieurs, 12,1% du recouvrement des coûts (paiements directs des prestations de soins) et 0,8% des communautés et des collectivités décentralisées.

Le niveau central bénéficie de 71,4% des dépenses pendant que la cible du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) était de ramener cette proportion à 20%. Au niveau régional, la priorisation du financement des zones pauvres a connu un début de mise en œuvre mais dans la limite des 28,6% des dépenses prévues à ce niveau. Cependant, il faut noter que l'allocation des ressources par zone de pauvreté ne suffit pas pour assurer une équité dans la mesure où il existe une grande disparité des niveaux de pauvreté au sein même de ces zones.

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

Les difficultés rencontrées dans ce domaine sont de plusieurs ordres :

- En ce qui concerne l'ABS, il faut souligner les retards des décaissements liés à l'approvisionnement tardif des comptes programmes, les tensions de trésorerie qui retardent souvent le décaissement des fonds auprès du Trésorier Payeur Régional (TPR), la lourdeur des procédures de passation des marchés publics et les retards qui sont souvent accusés dans la soumission des demandes et dans la remontée des justifications des avances de fonds. A ceux-là, il faut ajouter les difficultés des Régions et Districts de disposer de cash pour la mise en œuvre des activités opérationnelles.
- Au niveau des autres partenaires utilisant des procédures spécifiques, les difficultés sont entre autres les retards dans l'alimentation des comptes partenaires, dans la

remontée des justifications des avances de fonds ainsi que la collecte et la compilation des données.

- Les faibles capacités techniques sont à tous les niveaux et spécifiquement au niveau régional et des districts de santé (y compris Communes et Aires de santé).

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

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

Le faible taux de couverture attendue de l'AMO, des mutuelles et du RAMED amène à entrevoir des interventions énergiques pour le renforcement et l'extension de ces mécanismes. Outre les mutuelles de santé, d'autres formes d'organisations de l'économie sociale et solidaire existent, mais elles n'ont pas toujours fait l'objet d'attention (faible accompagnement de l'Etat et faible adhésion des populations). Il s'agit entre autres des sociétés coopératives, d'autres associations que les ASACO, des structures de caisses d'épargne et de crédits. Un déficit important d'information et de communication sur l'ensemble des mécanismes subsiste dans la perspective de l'accès universel aux soins de santé.

1.5.2.7 Partenariat pour la santé

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

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

- **L'Union Economique et Monétaire Ouest Africain (UEMOA)** : cadre adéquat d'échange en matière de santé, approvisionnement en médicaments essentiels et élaboration des textes réglementaires de détaxe ;
- **L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)** : résultant de la fusion des anciennes structures de lutte contre les grandes endémies, l'organisation constitue un cadre offrant des possibilités de coopération en matière de lutte contre le paludisme notamment les financements ;
- **ALMA** : Alliance des Leaders Africains contre le Paludisme ;

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

1.5.3 Système de santé privé

Les établissements du secteur privé à but lucratif autorisés depuis 1985 regroupent les catégories médicales, paramédicales, pharmaceutiques et traditionnelles.

Selon l'Annuaire statistique, au Mali les établissements sanitaires privés étaient au nombre de 2343 en 2018. Les CSCom au nombre de 1368 représentent plus de la moitié (58%) des structures privées à but non lucratif. Les structures privées à but lucratif au nombre de 804 représentent 34%. Les structures privées de soins à but lucratif sont composées de cabinets (628), de cliniques (163), de polycliniques (13). À celles-ci il faut ajouter les structures parapubliques dont 19 CMIE et 70 infirmeries de garnison. Les structures confessionnelles sont au nombre de 34 dont 14 dans la seule région de Ségou (DHIS2-2018). Pour les établissements pharmaceutiques, on dénombre 566 officines privées, 75 grossistes et 3 industries pharmaceutiques. Les laboratoires privés sont au nombre de 16.

Le secteur privé reste insuffisamment impliqué dans la mise en œuvre des programmes de santé. Il est nécessaire de renforcer le partenariat avec les acteurs du secteur privé y compris les ordres professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers et chirurgiens-dentistes).

1.5.4 Système communautaire pour la santé

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

En plus de l'expérience acquise dans la mise en œuvre des activités à travers les CSCom, un accent est mis sur le développement d'un réseau communautaire d'agents de santé communautaires qui assurent la mise en œuvre des soins essentiels dans la communauté.

1.5.5 Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle constitue le premier recours aux soins pour une partie considérable de la population malienne.

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

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

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

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

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

1.5.6 Performance du système de santé

Le ministère de la santé s'est fortement engagé dans le renforcement des infrastructures sanitaires, le recrutement du personnel qualifié, le renforcement des compétences, l'acquisition et la mise à disposition des intrants ainsi que la mobilisation des ressources financières internes et externes.

Des efforts énormes ont été déployés dans l'amélioration de la qualité des données sanitaires à travers les nouvelles technologies de l'information et de la communication, le renforcement du système d'information sanitaire avec la mise en place de la plateforme DHIS2 en 2016 assurant l'analyse et la remontée des données pour la prise de décision.

La décentralisation des soins de santé avec en relief le renforcement de la participation communautaire par la création des sites et l'installation des ASC ; une approche ayant permis de rapprocher davantage les soins des communautés.

Ces réalisations bénéficient de l'accompagnement des partenaires technique et financiers. L'encadrement des interventions se fait à travers un plan décennal de développement sanitaire et social 2014-2023. Ce plan est mis en œuvre à travers les différents PRODESS et les plans opérationnels annuels.

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

La réforme institutionnelle du PNLP (rattachement au Secrétariat général du Ministère) a permis d'améliorer les ressources humaines et logistiques pour assurer une meilleure coordination des activités de lutte contre le paludisme au niveau du secteur public, privé et communautaire.

Les cadres de coordination du PRODESS à tous les niveaux ont permis le renforcement de la participation des acteurs y compris les PTF à la planification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme.

En plus du PNLP, l'INSP et la Fondation Mérioux Mali contribuent à la formation et à l'amélioration de la qualité du diagnostic à travers le réseau national des laboratoires.

L'accompagnement des autorités a permis la création des organes de coordination des interventions de lutte contre le paludisme impliquant toutes les parties prenantes avec le renforcement de ses ressources humaines et logistiques ont permis une meilleure coordination des activités de lutte contre le paludisme au niveau du secteur public, privé et communautaire.

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

Déterminants de la performance du système de santé	Actions requises pour renforcer la lutte contre le paludisme
Leadership et gouvernance	Volonté politique renouvelée à soutenir la lutte contre le paludisme
Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé	Mise à disposition de ressources financières nécessaires mobilisées à partir du budget national et auprès des partenaires financiers (internes et externes)
Développement des ressources humaines	Les agents de santé du système offrent les services de lutte contre le paludisme à tous les niveaux y compris le communautaire.
Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé	Existence d'un schéma directeur d'approvisionnement en Médicaments essentiels et produits de santé qui intègre les intrants de lutte contre le paludisme
	Les infrastructures, équipement et matériel du système sont utilisés pour l'offre de service de lutte contre le paludisme.
Amélioration des prestations de services	Mise en œuvre de paquets d'interventions efficaces contre le paludisme à ceux qui en ont besoin, quand et où ils en ont besoin aux niveaux des structures de santé et communautaires
Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire	Production, analyse, diffusion et utilisation des informations fiables à temps opportun à travers la plateforme DHIS2

1.5.8 Contribution du PNLP au renforcement du système de santé

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

- ♦ **La gestion des approvisionnements** : le PNLP en partenariat avec l'USAID/PMI, la DPM, la PPM, le Fonds mondial et les différents programmes contribuent au renforcement du système d'approvisionnement en termes de formation, d'appui pour la supervision et d'enquêtes périodiques ainsi que la quantification des besoins.
- ♦ **Information sanitaire, Surveillance, Suivi et Evaluation, et Recherche Opérationnelle** :

Les ressources dédiées à la lutte contre le paludisme (USAID/PMI, Fonds mondial) renforcent le système d'information sanitaire, la surveillance, suivi et évaluation et recherche opérationnelle.

Système communautaire : Les ressources de la note conceptuelle du Fonds mondial de lutte contre le paludisme contribuent à la mise en œuvre des soins essentiels au niveau communautaire à travers l'équipement, la formation, la supervision et le paiement de la motivation des ASC.

II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

2.1 Historique de la lutte contre le paludisme

La lutte contre le paludisme a toujours été une priorité pour le gouvernement du Mali comme l'atteste la prise de décisions favorables à la lutte contre le paludisme et l'adhésion du Mali à plusieurs initiatives internationales notamment :

- ♦ La mise en place du PNLP en 1993 à la suite de la participation du Mali à la conférence ministérielle d'Amsterdam ;
- ♦ L'initiative Roll Back Malaria (Faire reculer le paludisme) en 1999 ;
- ♦ La déclaration d'Abuja du 25 avril 2000 lors de la conférence des chefs d'Etat et de Gouvernement ;
- ♦ Les objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000 qui réaffirment l'engagement de la communauté internationale à agir ensemble pour réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme et la réduction de la pauvreté ;
- ♦ Le sommet des chefs d'Etat à Abuja sur le paludisme, la Tuberculose et le Sida en mai 2006, qui a adopté l'accès universel ;
- ♦ Le Mali sélectionné comme pays bénéficiant de l'Initiative Présidentielle Américaine de Lutte contre le paludisme (PMI) en 2006 ;
- ♦ Depuis le 18 juillet 2007, l'ordonnance N° 07-022/PRM, ratifiée par la loi N°07-060 du 30 novembre 2007, qui rattache le PNLP au secrétariat général du ministère en charge de la santé ;
- ♦ Le Mali a adhéré à la couverture universelle aux interventions de lutte contre le paludisme à la suite de l'appel du Secrétaire général des Nations Unies en 2008 ;
- ♦ Le Mali a élaboré et mis en œuvre une feuille de route pour l'atteinte de la couverture universelle des interventions de lutte contre le paludisme en septembre 2009.
- ♦ Les ODD 2016-2030 qui réaffirment l'engagement de la communauté internationale à agir ensemble pour réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme et la réduction de la pauvreté dans son objectif 3 ;
- ♦ La stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030
- ♦ L'élaboration du quatrième plan quinquennal 2018-2022 en 2017 ;
- ♦ Dans le cadre de l'approche multisectorielle décentralisée, tous les niveaux ont pris part au partenariat impliquant les services publics, privés et la société civile ;
- ♦ Le lancement de l'initiative HBHI 2018 par l'OMS en partenariat avec RBM qui cible les pays à charge élevée de paludisme dont le Mali

2.2 Profil épidémiologique

2.1.1 Parasites du paludisme

Selon les dernières études publiées en 1991 (Dumbo *et al*, 1991, 1992), les espèces plasmodiales les plus courantes au Mali sont les suivantes :

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

- *P. ovale*, contribue pour 1% des infections plasmodiales.

L'espèce *P. vivax* a été également rapportée au nord (Bernabeu et al, 2012 ; Koïta et al, 2012) et au sud (Williams et al, 2016) du Mali, chez les populations mélanodermes.

2.1.2 Vecteurs du paludisme

2.1.2.1 Tendances de la bionomie des vecteurs du paludisme

Globalement de 2017 à 2019, 9 espèces d'anopheles (*Anopheles gambiae s.s.*, *An. coluzzii*, *An. arabiensis*, *An. coustani*, *An. funestus*, *An. pharoensis*, *An.nili*, *An. ziemanni* et *An. Rufipes*) ont été observées. *An. gambiae s.l* (*An. gambiae s.s.*, *An. coluzzii* et *An. arabiensis*) prédomine dans tous les sites suivis avec plus de 98% des densités enregistrées.

2.1.2.2 Cartographie et distribution des vecteurs

La distribution spatiale a été obtenue à la suite d'un suivi longitudinal au niveau des districts PID et à partir de la cartographie de la résistance pour les autres sites sentinelles suivis.

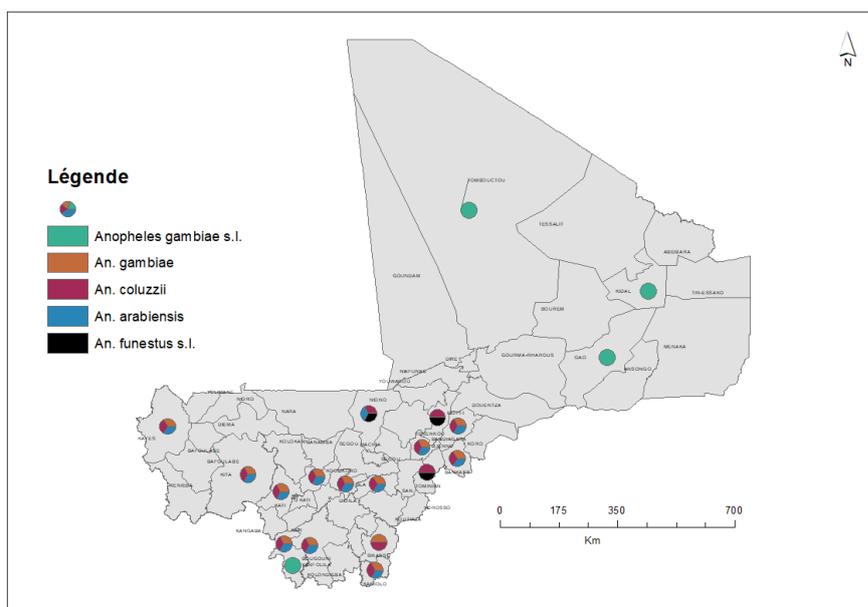


Figure 4 : Carte de distribution des vecteurs du paludisme selon les données disponibles de 2010 à 2019.

La figure 3 montre une distribution sommaire des vecteurs du paludisme rencontrés au niveau des sites sentinelles et de recherche. Il faut remarquer la présence ubiquitaire de certaines espèces : *An. coluzzii*, *An. gambiae* et *An. arabiensis* (à un degré moindre comparé aux deux premières). A Gao, Kidal et Tombouctou, dans les études menées il n'y a eu que l'identification morphologique. Ce qui fait qu'à ces niveaux on ne parle que de *An. gambiae s.l.*. Le groupe *An. funestus* est aussi rencontré mais se signale particulièrement vers la zone de Niono (Région de Ségou). Il faut noter que la distribution de ce complexe va au-delà de la zone de Niono. D'autres études montrent sa présence vers Banambani (Région de Koulikoro) et Selingué (Région de Sikasso).

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

2.1.3.1 Incidence du paludisme

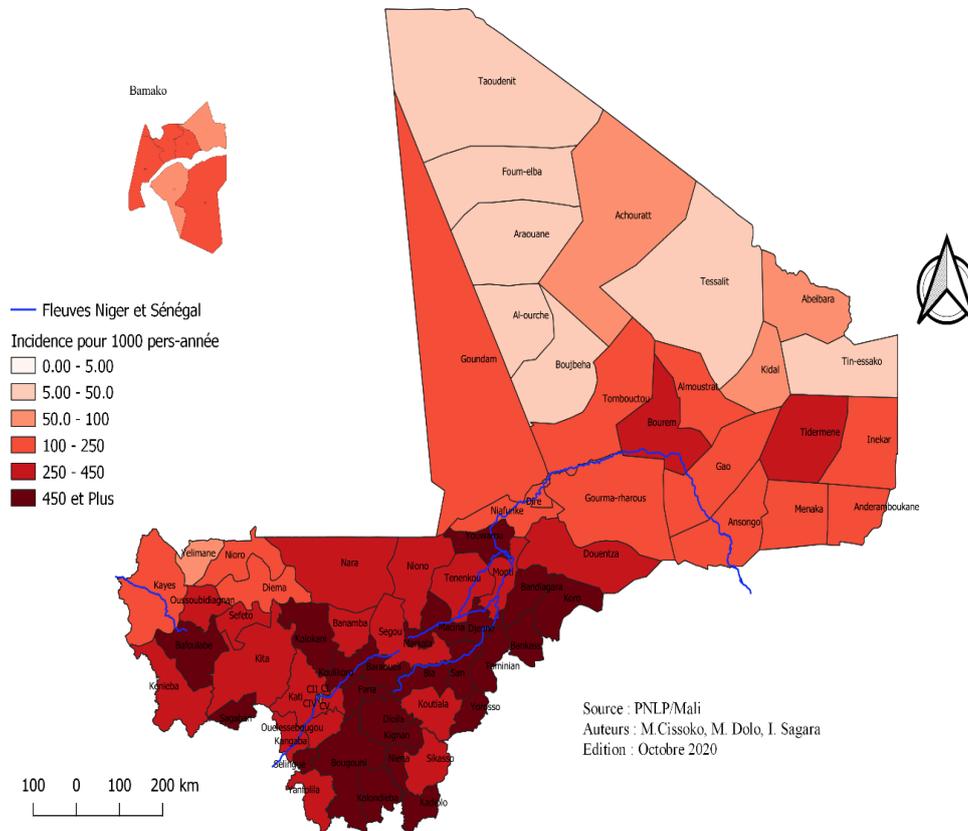


Figure 5 : Incidence annuelle du paludisme à l'échelle district sanitaire ajustée au taux de fréquentation des structures de santé au Mali 2019.

L'incidence ajustée du paludisme avec le taux de fréquentation, à l'échelle district sanitaire en 2019 selon la classification de l'OMS, les 75 districts sanitaires sont repartis comme suit : 12 dans la zone de transmission très faible ; 19 dans la zone de transmission faible ; 20 dans la zone de transmission modérée ; 24 dans la zone de forte transmission.

Les districts à potentiel épidémique de paludisme sont repartis entre les zones de très faible, faible et forte transmission, avec 11 en zone de très faible transmission (Tessalit, Kidal, Abeibara, Tinessako, Taoudenit, Al Ourche, Bouchebeha, Achourat, Araouane, Fom Elba, et Yélimané), 13 en zone de transmission faible (Almoustrat, Anderamboucane, Ansongo, Diré, Gao, Goundam, Gourma-Rharous, Diéma, Inékar, Ménaka, Nioro et Tombouctou) et 3 en zone de transmission modérée (Bourem, Tindermene et Nara).

Stratification et cartographie du paludisme

La stratification se définit par la classification des zones géographiques ou des localités en fonction des déterminants épidémiologiques, écologiques et socio-économiques dans l'objectif d'orienter les interventions de lutte contre le paludisme.

Au Mali la stratification du paludisme, dont le rapport a été finalisé en janvier 2021, a utilisé les données d'incidence du paludisme ajusté au taux de fréquentation et les zones climatiques. Il a été défini 4 zones de transmission :

- zone de très faible transmission : incidence ajustée inférieure à 100 cas pour 1000 personnes-année
- zone de faible transmission : incidence ajustée entre 100 et 250 cas pour 1000 personnes-année
- zone de transmission modérée : incidence ajustée entre 250 et 450 cas pour 1000 personnes-année
- zone de forte transmission : incidence ajustée supérieure à 450 cas pour 1000 personnes-année

Ces zones de transmission déterminent le niveau d'endémicité du paludisme et orientent le ciblage des interventions.

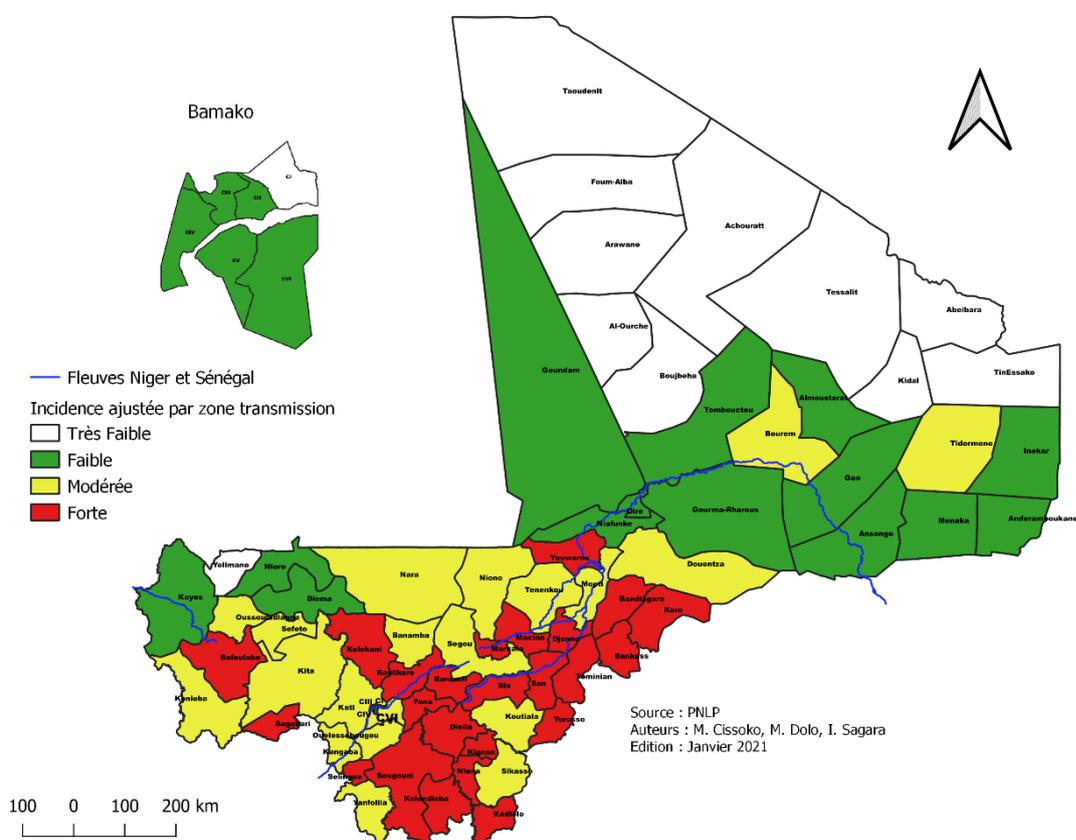


Figure 6 : La stratification avec l'incidence ajustée en fonction du taux de fréquentation

La nouvelle stratification du paludisme classe les 75 DS de la manière suivante :

- **12 DS** dans la zone de transmission très faible : Tessalit, Kidal, Abeibara, Tinessako, Taoudenit, Al Ourche, Bouchebeha, Achourat, Araouane, Fom Elba, Yélimané et Commune 1 du District de Bamako ;
- **19 DS** dans la zone de transmission faible : Almoustrat, Anderamboucane, Ansongo, Diré, Gao, Goundam, Gourma-Rharous, Communes 2, 3, 4, 5, 6, Diéma, Inékar, Kayes, Ménaka, Niafunké, Nioro et Tombouctou ;

- **20 DS** dans la zone de transmission modérée : Banamba, Bourem, Douentza, Kalabancoro, Kangaba, Kita, Kéniéba, Kati, Koutiala, Mopti, Nara, Niono, Ouéléssébougou, Oussoubidiagna, Séféto, Ségou, Sikasso, Tenenkou, Tindermène et Yanfolila ;
- **24 DS** dans la zone de forte transmission : Bafoulabé, Bandiagara, Bankass, Barouéli, Bla, Bougouni, Dioila, Djénné, Fana, Kadiolo, Kignan, Kolokani, Kolondièba, Koro, Koulikoro, Macina, Markala, Niéna, Sagabari, San, Sélingué, Tominian, Yorosso et Youwarou ;

Tableau 3 : Les interventions retenues selon les strates

Zone de transmission	Interventions
Très faible transmission (Incidence < 100 cas pour 1000 personnes année)	Surveillance hebdomadaire et mensuelle du paludisme PEC des cas : diagnostic et traitement MILD, IG2 PID : riposte aux épidémies MILD, IG2 campagne : riposte aux épidémies TPI-SP Traitement de masse : riposte aux épidémies
Faible transmission (Incidence de 100 à 250 cas pour 1000 personnes année)	Surveillance hebdomadaire et mensuelle du paludisme renforcée PEC des cas : diagnostic et traitement MILD IG2 en campagne et routine PID : riposte aux épidémies MILD IG2 en campagne : riposte aux épidémies TPI-SP CPS
Transmission Modérée (Incidence de 250 à 450 cas/1000 personnes année)	Surveillance hebdomadaire et mensuelle du paludisme PEC des cas : diagnostic et traitement MILD IG2 en campagne et routine TPI-SP CPS
Forte transmission (Incidence de supérieur à 450 cas/1000 personnes année)	Surveillance hebdomadaire et mensuelle du paludisme PEC des cas : diagnostic et traitement MILD I G2 en routine et campagne PID TPI-SP CPS

Surveillance des sites sentinelles :

La surveillance sentinelle dans les districts sanitaires a été renforcée en collaboration avec les institutions de recherche. Durant la phase à mi-parcours du PSN et du PSE (2018-2020), les activités de surveillance des sites sentinelles pour la parasitologie et entomologie ont connu peu de résultats en dehors de ceux des institutions de recherche sur le financement des partenaires.

2.1.4 Morbidité et mortalité période (2018-2020)

2.1.4.1 La prévalence du paludisme

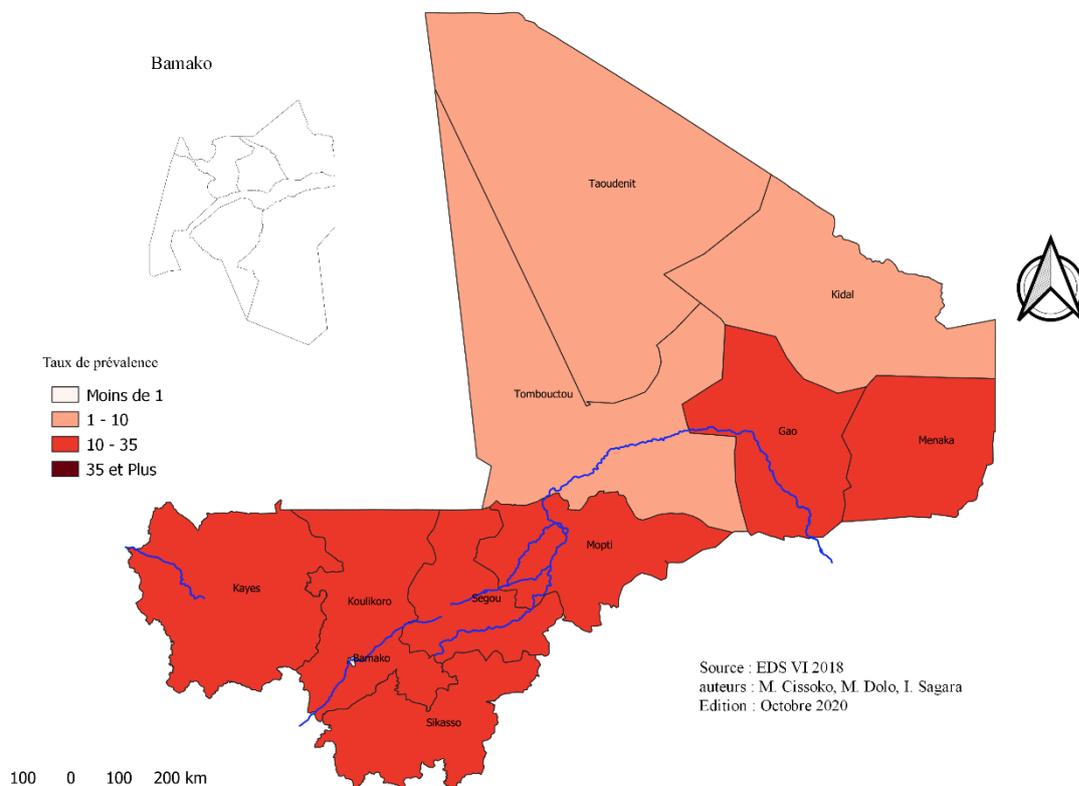


Figure 7 : Carte de prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois selon l'EDS VI 2018

La prévalence globale du paludisme était de 19% chez les enfants de 6-59 mois en 2018 (EDSMVI 2018). Elle était faible dans les régions de Kidal, Taoudénit, Tombouctou entre 1 et 10% et le district de Bamako moins de 1%. Les autres régions du Nord (Gao et Ménaka) ont une prévalence supérieure à 10%. Les régions de Sikasso, Ségou et Mopti présentent les prévalences les plus élevées avec respectivement 29,7%, 25,9% et 24,9%.

2.1.4.2 Incidence du paludisme

Selon les données du SLIS, le paludisme demeure la première cause de morbidité (23%) avec 2 884 837 cas confirmés sur 4 252 213 cas testés (67,8%) dont 871 265 cas graves en 2019. En 2020, 2 667 580 cas confirmés dont 844 014 cas graves ont été enregistrés sur 3 665 612 cas testés.

L'incidence du paludisme dans la population générale est passée de 133‰ en 2018 à 143‰ en 2019 et 129‰ en 2020 contre 223‰ en 2018, 258‰ en 2019 et 246‰ en 2020 pour les enfants de moins de 5 ans en 2020¹.

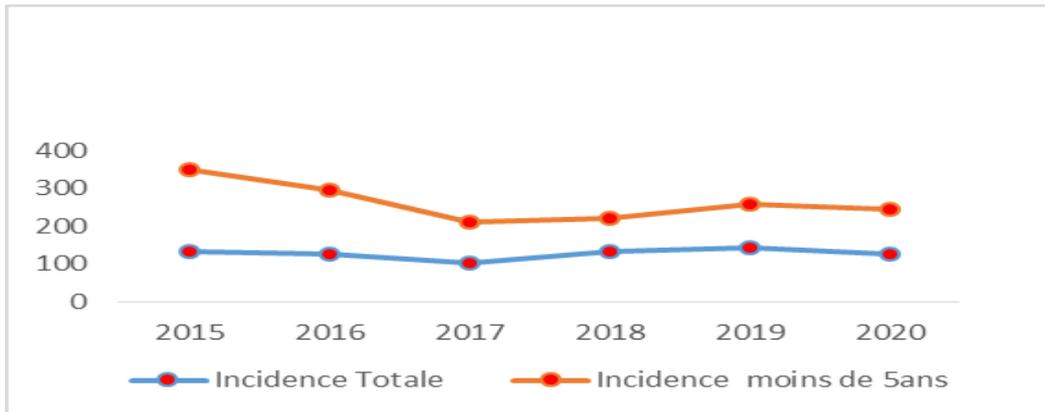
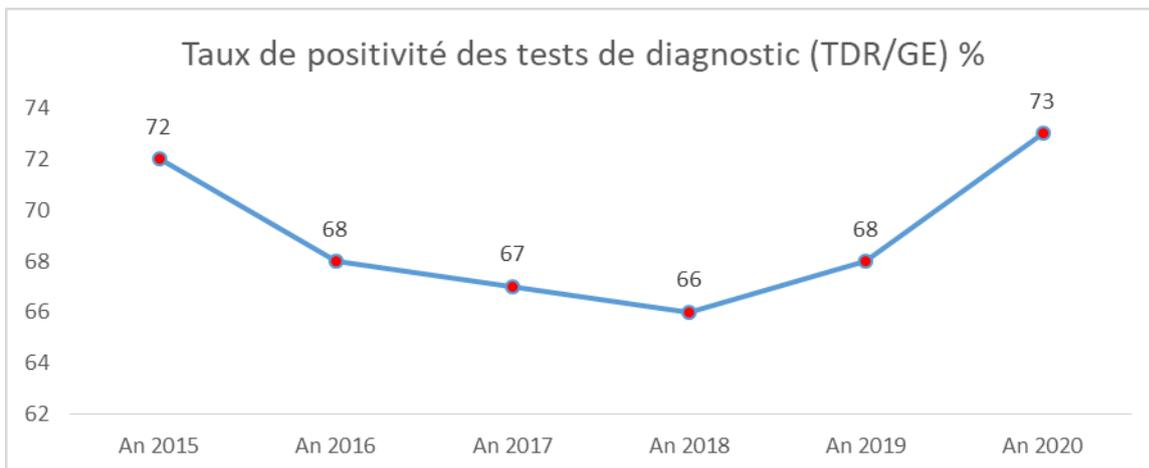


Figure 8 : Evolution de l'incidence totale du paludisme et chez les enfants de moins de 5 ans au Mali de 2015 à 2020

2.2.4.3 Taux de positivité des tests

Le taux de positivité est passé de 66 % en 2018, à 68% en 2019 et 73% en 2020.



Sources : Rapport de revue de performance du PNLN 2015 à 2016, DHIS2 2017-2020

Figure 9 : Le taux de positivité des tests de diagnostic du paludisme (Microscopie et TDR)

¹ Les données de 2020 sont extraites à la date du 21/01/2021

2.1.4.3 Mortalité du paludisme

En 2019, les données du SLIS ont rapporté que le nombre décès dus au paludisme était de 1 454 et le taux de létalité² 1,67 ‰.

Le taux de mortalité attribuable au paludisme tout âge confondu était de 8,22 pour 100 000 personnes en 2020. Il était de 7,21 pour 100 000 personnes en 2019 et de 5,10 pour 100 000 personnes en 2018.

La même tendance est observée chez les enfants de moins de 5 ans par rapport à 2017 (19‰).

La mortalité attribuable au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans était 2,5 pour 100 000 personnes en 2020 ; le taux de mortalité était de 2, 8 pour 100 000 en 2019 et 1,8 pour 100 000 personnes en 2018.

2.2 Revue à mi-parcours du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2018-2022

2.2.1 Principaux résultats de la lutte contre le paludisme en 2018-2020

2.2.1.1 Performance du programme

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

Tableau 4 : Progrès des indicateurs du cadre de Performance en 2018-2020

Indicateurs	2017	2018	2019	2020
Incidence du paludisme	111‰	133‰	143‰	129‰
Taux de mortalité imputable au paludisme pour 100000 habitants	5,5	5,10	7,21	8,22
Prévalence parasitaire du paludisme	36%	19 %		
Taux de positivité des tests de diagnostic du paludisme (Microscopie ou TDR)	66,5%	78,4%	68,2%	73%
Létalité hospitalière attribuable au paludisme	1,54‰	ND	8,6‰	8,7‰
Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois	20%	18%		
Proportion des cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (TDR ou microscopie) au niveau des formations sanitaires	94,0%	96,8%	94,2%	84%
Proportion des cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (TDR) dans la communauté (ASC)	97,1%	ND	96,9%	90,3%
Pourcentage des cas de paludisme simples vus dans les formations sanitaires ayant bénéficié d'un traitement approprié conformément aux directives nationales	93,2%	96,9%	97,9%	98%

² Létalité : décès survenus chez les cas graves au niveau des formations sanitaires

Indicateurs	2017	2018	2019	2020
Proportion de patients avec paludisme simple ayant reçu un traitement approprié au niveau des ASC selon les directives nationales	97,0%	97,2%	99,7%	99,6%
Proportion de ménages avec au moins une MILD pour chaque 2 personnes	39%	55 %		
Proportion de personnes à risque de paludisme, tous âges confondus, ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	68%	73%		
Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	71%	79%		
Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	78,0%	84%		
Proportion de la population à risque des zones ciblées ayant été protégée par des pulvérisations intra-domiciliaires à effet rémanent au cours des 12 derniers mois	91,0%	89,79%	117,59%	98,87%
Proportion des femmes enceintes qui ont reçu au moins 3 doses de TPI au cours de soins prénataux durant leur dernière grossesse	23,24%	28%		
Proportion des femmes enceintes qui ont reçu au moins 3 doses de TPI en routine lors des CPN	27,6%	44,7%	43,4%	41%
Proportion d'enfants de 3 à 59 mois ayant bénéficié de 4 doses SP/AQ dans la zone concernée	44%	60,1%	93,1%	86%
Pourcentage des femmes en âge de procréer qui connaissent la cause du paludisme	ND	28,50%		
Pourcentage des femmes en âge de procréer qui connaissent les symptômes du paludisme	ND	59,30%		
Pourcentage des femmes en âge de procréer qui connaissent les mesures de prévention	ND	84%		

2.2.1.2 Progrès sur la LAV

Les campagnes de distribution universelle des MILD se sont déroulées durant les trois années dans les régions suivantes : Sikasso et Koulikoro en 2018 ; Tombouctou, Taoudénit, Gao, Ménaka, Kidal et Ségou en 2019 et Kayes, Koulikoro, Sikasso et Mopti en 2020.

La couverture administrative des campagnes de couverture universelle en MILD était respectivement de 85,9%, 131,9% et 118,7% en 2018, 2019 et 2020.

Les activités de la PID ont atteint une couverture de 89,8% en 2018, 117, 6% en 2019 et 98,9% en 2020 parmi la population des zones ciblées.

Les activités LAL n'ont pas été réalisées faute de financement.

- MILD

La revue externe a montré que les MILD étaient disponibles dans la majorité des formations sanitaires visitées. La rupture de stocks de MILD n'a été constatée que dans la garnison de Sévaré, et dans les communes IV et VI du District Bamako. Les formations sanitaires privées visitées n'étaient pas dotées en MILD, sauf le cabinet privé Cherifla à Tamani qui en avait été doté à travers le CSCOM de Tamani. Au niveau des hôpitaux visités, les MILD n'étaient pas disponibles conformément aux directives. La proportion de femmes enceintes vues en CPN ayant reçu une MILD variait d'une formation à une autre. Elle était de 88,4% chez les femmes

vues en CPN à Kayes, 84% à Nioro, 57% à Bla, 72% à Barouéli, 70 % à Nièna, 84% à Sélingué, 75% à Djenné, 64% à Mopti, 57,2% en Commune IV 50 % en Commune VI à Bamako, 98% à Ouélessébougou et 87% à Kalanbacoro. Les outils de collecte de la visite de terrain ne prenaient pas en compte la situation des MILD distribuées aux enfants de moins d'un an lors du PEV.

Par rapport à l'utilisation des MILD, l'enquête révèle que 73% de la population des ménages avaient dormi sous une MII la nuit avant l'interview.

Dans l'ensemble, environ huit enfants de moins de 5 ans sur dix (79%) ont dormi sous une MILD la nuit ayant précédé l'interview. Ce pourcentage est de 85% chez les enfants des ménages possédant au moins une MILD. En outre, plus de huit femmes enceintes de 15-49 ans sur dix (84 %) ont dormi sous une MILD la nuit précédant l'interview. Dans les ménages possédant au moins une MILD, ce pourcentage atteint 91%.

Tableau 5: Indicateurs de progrès de la lutte antivectorielle, 2018-2020

Items des indicateurs	2018	2019	2020
(a) Total population à risque	19 599 288	20 153 290	20 741 939
(b) Total femmes enceintes (FE)	979 964	1 007 665	1 037 095
(c) Total enfants de moins d'un an	783 972	806 132	829 676
(d) Nombre de MILD distribuées pendant les campagnes	3 838 781	3 062 414	7 424 764
(e) Nombre de MILD distribuées en routine aux FE	603 363	484 527	633 254
(f) Nombre de MILD distribuées en routine aux enfants <1an	551 683	458 069	567 285
(g) VAR	720 438	762 035	701459
(h) CPN1	754 141	792 050	788688
(i) Population ciblée par la PID	741 275	587 426	508 794
(j) Nombre de structures traitées pendant les campagnes PID	160723	148198	129 302
(k) Nombre de personnes protégées par les campagnes PID	665 581	690 793	503 043
(l) Moyenne annuelle du taux d'inoculation entomologique (TIE) dans le district PID (Djenné)	31,9	4.6	ND
(m) Moyenne annuelle du taux d'inoculation entomologique (TIE) dans le district témoins (Tominian)	134,0	39,9	ND
(n) Nombre de gîtes larvaires suivis et traités	0	0	0
(o) Couverture administrative des FE par les MILD (e/b)	61,6%	48,18	61,06%

Items des indicateurs	2018	2019	2020
(p) Couverture des femmes enceintes vues en CPN ayant reçu une MILD (e/h)	79,3%	61,2%	80,3%
(q) Couverture administrative des enfants <1 an par les MILD (f/c)	70,4%	56,8%	78,4%
(r) Couverture des enfants<1 ans complètement vaccinés ayant reçu une MILD (f/g)	76,6%	60,1%	80,3%
(s) Couverture administrative de la population à risque par les MILD distribuées pendant les campagnes (d*2/a)	85,9%	131,9%	115,8%
(t) Couverture administrative de la population à risque par la PID (k/i)	89,8%	117,6	98,9%

2.2.1.3 Progrès sur le diagnostic et le traitement du paludisme en 2018-2020.

La revue à mi-parcours a permis de constater que la performance dans le diagnostic biologique est en deçà des objectifs du PSN. Cependant, celle du traitement des cas est meilleure. La gestion logistique des intrants de PEC reste insuffisante. La faible implication des formations sanitaires privées à but lucratif demeure un problème majeur d'équité. Pour assurer l'accès universel au diagnostic et au traitement, il serait essentiel de renforcer l'implication des formations sanitaires à but lucratif dans la politique de gratuité.

Indicateurs de performance du diagnostic biologique, 2018-2020

Le niveau de diagnostic est respectivement de 87, 3% ; 94, 5% et 84% en 2018, 2019 et 2020. Les cibles du PSN ne n'ont pas été atteintes et sont en deçà du niveau de 2017 (94,5%). Le taux de positivité est resté supérieur aux cibles de la PSN et à celui de 2017 (66,5%). Il était respectivement 75,6% ; 67,8% et 73%.

Tableau 6: Indicateurs de progrès sur le diagnostic en 2018-2020

Indicateurs	2018	2019	2020
(a) Nombre de cas suspects	3 958 938	4 500 669	4 382 988
(b) Nombre de cas testés par TDR	3 019 234	3 658 178	2 928 001
(c) Nombre de cas testés par microscopie	437 879	594 037	735920
(d) Total cas testés par TDR et microscopie (b + c)	3 457 113	4 252 213	3 663 921
(e) % de cas testés (d/a)	87,3	94,5	84
(f) total cas de paludisme confirmé	2 345 481	2 884 837	2 666 266
(g) Taux de positivité des tests (f/d) %	75,6	67,8	73

Sources: [Rapport DHIS2 2018-2020](#) Date 24 février 2021

Progrès sur les indicateurs du traitement antipaludique en 2018-2020

Le niveau de traitement des cas de paludisme simple par CTA était respectivement de 96,9% ; 98,1% et 98% en 2018, 2019 and 2020.

La proportion des cas graves traités était respectivement de 98,7% ; 99,9% et 99,11%. La quasi-totalité des cas graves a bénéficié d'une prise en charge conformément aux directives nationales, les cibles du PSN ont été atteintes.

Tableau 7: Indicateurs de progrès du traitement antipaludique, 2018-2020

Items des indicateurs	2018	2019	2020
(a) Nombre de cas de paludisme rapportés	2 613 946	3245 106	3379651
(b) Nombre de cas de paludisme confirmés	2 345 481	2884 837	2666266
(c) Total cas de paludisme simple confirmés	1 863 010	2013 572	1 822 305
(d) Total cas de paludisme grave confirmés	750 936	871 265	843 961
(e) Total cas de paludisme simple confirmés traités avec les CTA	1 805 444	1976 184	1 793 074
(f) Total cas de paludisme grave traités avec Artesunate injectable ou Artemether injectable ou la Quinine injectable	741 431	870 254	836 483
(h) % de confirmation du paludisme (b/a)	89,7	88,90	78,89
(i) % de cas de paludisme simple confirmé traités avec les CTA (e/c)	96,9	98,1	98
(j) % de cas grave de paludisme traités avec Artésunate injectable ou Artemether injectable ou la Quinine injectable (f/d)	98,7	99,9	99,11

Sources: [Rapport DHIS2 2018-2020](#) Date 24 février 2021

2.2.1.4 Progrès sur la prévention du Paludisme chez la femme enceinte en 2018-2020

Le taux de couverture en TPI3 chez les femmes enceintes demeure faible sur les trois années avec une légère tendance à la baisse. Il est respectivement de 45% ; 43% et 41%.

Cela pourrait s'expliquer par le faible accès géographique et financier, la qualité des services, ainsi que le recours tardif des FE à la première Consultation Périnatale (CPN).

Les mêmes raisons pourraient expliquer les écarts entre les taux des différents TPI.

Malgré les efforts d'approvisionnement, les ruptures de SP sont encore observées au niveau de certaines formations sanitaires.

Tableau 8: Indicateurs de progrès du TPI en 2018-2020

Items formation	2018	2019	2020
(a) Nombre total de FE	979 964	1 007 665	1 037 095
(b) CPN1	754 141	792 050	788 688
Couverture CPN1 (b/a)	77%	79%	76%
(c) Nombre de doses de TPI1	584 267	589 041	562 288
(d) Nombre de doses de TPI2	421 165	443 628	410 432
(e) Nombre de doses de TPI3 et plus	340 020	343 553	323 511
Couverture administrative du TPI1 (c/b)	77%	74%	71,3%
(g) Couverture administrative du TPI2 (d/b)	56%	56%	52,04%
Cible du TPI3 en routine prévu dans le PSN	36%	49%	62%
(h) Couverture administrative du TPI3 et plus (e/b)	45%	43%	40,8%

Sources : *Rapport DHIS2 2018-2020* Date 24 février 2021

2.2.1.5 Progrès sur la Chimio prévention du Paludisme Saisonnier en 2018-2020.

Pendant les trois années de mise en œuvre du PSN, la campagne de chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3 à 59 mois a été effective dans tous les districts sanitaires du pays à l'exception des 6 communes du District de Bamako qui ont été exclues à partir de 2019 compte tenu des résultats de l'EDSM-VI (faible taux de prévalence soit 1%). La couverture administrative moyenne par passage et par an était d'environ 100%.

Selon les résultats d'enquêtes, le taux de couverture des enfants ayant reçu les médicaments pendant les 4 passages était respectivement de 60,1% ; 93,1% et 86% en 2018, 2019 et 2020.

Tableau 9: Indicateurs de progrès de la CPS en 2018-2020

Indicateurs	2018	2019	2020
(a) Nombre de DS éligibles pour la CPS	74	75	75
(b) Nombre de DS qui mettent en œuvre la CPS	74	69	69
(c) Couverture des DS par la CPS (b/a)	100%	92%	92%
Proportion de 3 à 59 mois ayant bénéficié les 4 cycles de SP/AQ dans la zone concernée prévues dans le PSN	60%	65%	86%
(d) Nombre d'enfants cibles	4 000 877	3 553 451	3 652 895
(e) Nombre d'enfants traités au 1er passage	4 052 858	3 741 983	3 602 875
(f) Nombre d'enfants traités au 2 ^e passage	4 105 066	3 771 702	3 591 116

(g) Nombre d'enfants traités au 3 ^e passage	4 183 029	3 811 352	3 650 851
(h) Nombre d'enfants traités au 4 ^e passage	4 329 426	3 725 603	3 652 895
(i) Couverture du 1 ^{er} passage (e/d)	101%	106%	99,1%
(j) Couverture du 2 ^e passage (f/d)	103%	106%	98,7%
(k) Couverture du 3 ^e passage (g/d)	105%	107%	100,4%
(l) Couverture du 4 ^e passage (h/d)	108%	105%	100,4%
(m) % d'enfants traités pendant les 4 passages	60,1%*	93,1%*	86%*

Sources : Rapports CPS 2018, 2019 et 2020, PNLP et enquêtes ; 2018 : Rapport d'enquête MRTC ; 2019-2020* : Rapport monitoring indépendant PNLP*

2.2.1.6 Progrès sur la Gestion des Achats et des Stocks (GAS)

Durant la période 2018-2020, le Mali a été doté en intrants de lutte contre le paludisme conformément au SDADME.

En 2018 le taux d'acquisition de la majorité des intrants était de 100% ou plus sauf pour l'Artésunate injectable (78%). Les taux d'acquisition de 2019 étaient supérieurs à ceux planifiés à cause du report de stock de 2018. En 2020 les taux d'acquisition étaient supérieurs à 100% pour les intrants de la prévention et ceux de la prise en charge.

Sur 1183 formations sanitaires, celles ayant connu une rupture d'intrant a été réduit de 2018 (5%) à 2019 (4,29%) ; cependant, en 2020 on note une augmentation du nombre de structures ayant connu des ruptures de 5,22%.

2.2.1.7 Progrès sur le plaidoyer, mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement

Selon les données de DHIS2 de 2018 à 2020, le nombre de personnes ayant bénéficié de séances de sensibilisation dans les FS et au niveau communautaire était de 1 208 356.

Sur une prévision de 114 activités planifiées sur toute la durée du PSN (2018-2022), 44 ont été réalisées de 2018 à 2020 soit une performance de 34%.

Les résultats de l'EDSM VI (2018) ont montré que dans l'ensemble, 29% des femmes et 35% des hommes ont cité seulement la piqûre de moustique comme moyen de contracter le paludisme. En outre, 59% des femmes et 63% des hommes ont cité la fièvre comme principal symptôme du paludisme.

Plus de 8 personnes enquêtées sur 10 (84% des femmes et 84% des hommes) ont cité le fait de dormir sous une moustiquaire comme un moyen efficace pour prévenir le paludisme. L'enquête conclut qu'au cours des 6 derniers mois, 51% des femmes et 51% des hommes ont entendu ou vu des messages sur le paludisme.

2.2.1.8 Progrès sur la préparation et de la riposte contre les épidémies de paludisme

Des antipaludiques ont été pré-positionnés dans tous les districts et la surveillance épidémiologique a été assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les taux de complétude des rapports hebdomadaires de surveillance de 2018 à 2020 sont respectivement de 88,7%, 96% et 96%.

Les taux de promptitude des rapports hebdomadaires de surveillance de 2018 à 2020 sont respectivement de 35,3%, 56,4% et 59%. Aucune épidémie de paludisme n'a été détectée durant la période d'évaluation.

2.2.1.9 Progrès sur la Surveillance, le Suivi et Evaluation, et Recherche opérationnelle

a) Surveillance S&E

Le système de surveillance, suivi et évaluation repose principalement sur le Système d'Information Sanitaire (SIS). Il a pour fonction de fournir l'information nécessaire pour la gestion des programmes sanitaires et englobe à la fois les données du secteur public, communautaire et privé.

C'est à travers le SIS que se fait la collecte des données de routine pour les statistiques sanitaires du pays. La collecte des données est hebdomadaire et mensuelle à travers la plateforme DHIS2.

Le cadre de performance du PSN actuel ne prévoit pas d'indicateurs spécifiques de progrès pour la Surveillance, Suivi et Evaluation et Recherche Opérationnelle. Il s'agit de prendre en compte les indicateurs de processus dans la matrice de suivi des performances.

b) Recherche opérationnelle

En 2019, les tests en tube OMS ont révélé une sensibilité totale de l'anophèle au pyrimiphos-méthyl et à la clothianidin dans tous les 13 sites étudiés. La résistance à la perméthrine, deltaméthrine et à l'alpha-cyperméthrin était répandue dans le sud et le centre du Mali (Tableau 9).

Tableau 10: Répartition des taux de mortalité des moustiques aux insecticides dans 13 sites sentinelles du Sud et du Centre Mali :

	Pirimiphos-méthyl	Premethrine	Deltamethrine	Alpha-cypermethrine	Clothianidin
District	Taux de mortalité (%)	Taux de mortalité (%)	Taux de mortalité (%)	Taux de mortalité (%)	Taux de mortalité (%)
Kita	100	26	95	35	100
Kayes	99	90	67	27	99
Koulikoro	100	94	0	1	100
Kati	100	20	65	4	100
Bamako	100	10	8	17	100
Bla	100	3	2	0	99
Niono	100	4	6	4	100
Selingué	100	27	18	2	98
Bougouni	100	41	47	22	99
Kadiolo	100	34	47	16	100
Djenné	100	43	28	13	100
Bandiagara	100	6	7	3	100
Mopti	100	16	23	5	100

2.2.1.10 Progrès dans la fonctionnalité de la gestion du programme

La lutte contre le paludisme se fait à travers une institution (PNLP) disposant des documents législatifs : l'ordonnance de création n° 07-022/PRM du 18 juillet 2007 et les décrets fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement n°07-253/PRM et de son cadre organique n° 07-265/P-RM du 02 août 2007

Les documents de référence pour la lutte contre le paludisme sont disponibles : les documents de politique, le PSN et ses plans connexes (S&E et communication), les directives de prise en charge et de prévention, les modules de formations, le guide de supervision facilitante, le plan de lutte contre les épidémies, le plan de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides, le guide de surveillance du paludisme.

L'organisation et la gestion de la lutte contre le paludisme au Mali sont bien harmonisées dans le système de santé.

La lutte contre le paludisme dispose de plusieurs mécanismes de coordination et d'un cadre de partenariat fonctionnel, cependant des efforts doivent être faits pour améliorer la coordination des activités et des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme. Le financement actuel de la lutte contre le paludisme reste tributaire de l'aide extérieure.

2.2.2 Situation du financement du programme

Analyse du paysage du financement de la lutte contre le paludisme

Tableau 11 : Tendances des crédits budgétaires alloués au secteur de la Santé dans le budget national

Rubrique	2018	2019	2020
Montant total du budget d'état	2 330 778 938 000	2 387 741 768 000	2 604 567 558 000
Budget de la santé dans le budget global	124 489 595 000	123 422 149 000	135 406 425 000
Pourcentage du budget de la santé par rapport au budget global	5,34 %	5,17 %	5,20 %

De 2018 à 2020, la part de la santé au compte du budget national n'a pas connu de changement significatif. Nous avons constaté une légère baisse du budget en 2019.

Tableau 12: Tendances des crédits budgétaires alloués à la lutte contre le paludisme dans le budget de la santé

Rubrique	2018	2019	2020
Budget de la santé dans le budget global	124 489 595 000	123 422 149 000	135 406 425 000
Crédit alloué au PNLP	1 278 401 000	754 876 000	751 737 000
Achat des intrants de lutte contre le paludisme	2 252 365 535	324 719 132	2 662 641 949
Total alloué à la lutte contre le paludisme	3 530 766 535	1 079 595 132	3 414 378 949
Pourcentage du budget de la santé alloué à la lutte contre le paludisme	2,84%	0,87%	2,52%

Le financement de l'année 2019 pour la lutte contre le paludisme a subi une forte réduction due à l'existence d'un stock important d'intrants dans le pays.

Tableau 13: Tendances de la participation financière des partenaires à la lutte contre le paludisme de 2018 à 2020

Sources de financement	2018	2019	2020	Total	% contribution sur la période
BM	317 567 139	3 991 506 500	1 980 400 000	9 147 577 639	9
FM	17 633 426 235	10 305 134 957	5 055 354 837	42 993 916 028	42
OMS	30 497 516	8 967 660	55 504 702	94 969 878	0,1
USAID/PMI	16 546 072 500	16 165 020 500	4 877 972 500	47 589 065 500	46,6
UNICEF	793 730 384	686 151 972	862 676 739	2 342 559 095	2,3
TOTAL	38 179 397 774	31 156 781 589	32 831 908 778	102 168 088 140	100

La contribution la plus élevée pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme provenait de l'USAID/PMI (46,6%), suivi du Fonds Mondial (42,1%) et de la Banque Mondiale (9%).

2.2.3 Analyse des dépenses du paludisme dans le contexte des besoins budgétaires

Tableau 14: Etat de la mobilisation des ressources et des dépenses, 2018-2020

Items	2018	2019	2020	Total
Budget total du PSN par an	38 810 600 609	41 215 870 005	40 055 924 641	120 082 395 254
Budget total mobilisé par an	41 710 164 309	32 236 376 721	36 246 287 727	110 192 828 757
Taux annuel de mobilisation des ressources	107%	78%	90%	92%
Dépenses totales par an	41 635 346 880	33 513 596 862	30 617 217 479	105 766 161 221
Taux d'absorption annuel des ressources	100%	104%	84%	96%
Ecart de financement (gap)	-2 899 563 700	8 979 493 284	3 809 636 914	9 889 566 497
Pourcentage de gap	-7%	22%	10%	8%

Le niveau de financement était élevé sur les 3 ans (gap<10%)

Le niveau de mobilisation et d'absorption des ressources était satisfaisant.

Le taux élevé de mobilisation en 2018 et 2019 s'expliquait par le retard pris dans les achats planifiés en 2017 et l'anticipation de ceux planifiés en 2019.

2.2.4 Principales faiblesses de mise en œuvre du PSN en 2018-2020

Tableau 15: Insuffisances et propositions d'amélioration par intervention

Interventions	Faiblesses/Insuffisances	Propositions d'amélioration
PEC	Insuffisance dans le respect du plan d'approvisionnement des intrants de la prise en charge du paludisme notamment les engagements de l'Etat (PPM) ;	Respecter le plan d'approvisionnement des intrants de la prise en charge du paludisme notamment les engagements de l'Etat (PPM) ;
	Faible implication des formations sanitaires à but lucratif dans la politique de gratuité ;	Dynamiser les cadres de collaboration avec les formations sanitaires à but lucratif dans la politique de gratuité à tous les niveaux ;
	Insuffisance dans le remplissage des supports de gestion et de suivi des intrants.	Renforcer la gestion logistique des intrants à tous les niveaux
LAV	<p>MILD : Faible contribution de l'Etat dans l'achat des MILD</p> <p>PID : Financement tributaire d'un seul partenaire (USAID/PMI)</p> <p>LAL : Aucun financement disponible (Etat et partenaires)</p>	<p>MILD : Revoir à la hausse la contribution de l'Etat dans l'achat des MILD</p> <p>PID : Contribution de l'Etat dans le financement de la PID et recherche d'autres partenaires</p> <p>LAL : Contribution de l'Etat dans le financement de la LAL et recherche de partenaires pour les traitements ciblés des gîtes. Institution d'un cadre de collaboration avec le ministère de l'environnement pour intégrer l'activité dans la gestion environnementale</p>
PFE	Insuffisance dans le remplissage des supports de gestion et de suivi de la SP.	Renforcer la gestion de la SP au niveau opérationnel,
	Insuffisance dans l'organisation de l'offre de service de la CPN par rapport à l'effectivité du TPI au niveau des formations sanitaires	Assurer une meilleure organisation de l'offre des services de la CPN en vue de faciliter l'effectivité du TPI chez la femme enceinte,
	Insuffisance dans la qualité des services de la CPN	Renforcer les compétences des prestataires de la CPN,
	Faible niveau de compréhension de la population sur l'importance de la CPN et du TPI	Renforcer la sensibilisation sur l'importance de la CPN et du TPI au niveau communautaire

Interventions	Faiblesses/Insuffisances	Propositions d'amélioration
CPS	Faible mobilisation des ressources internes pour le maintien de la couverture de la CPS à l'échelle et son extension aux enfants de 5-10 ans	Faire un plaidoyer en vue de mobiliser plus de ressources internes pour le maintien de la couverture de la CPS à l'échelle et son extension aux enfants de 5-10 ans
	Caducité des faciès épidémiologiques du paludisme entraînant une planification systématique de quatre (04) passages de la CPS dans toutes les régions et au même moment	Adapter la planification de la mise en œuvre de la CPS en fonction de la nouvelle stratification.
Gestion du Programme	Faible implication des acteurs des formations sanitaires privées à but lucratif dans les activités de lutte contre le paludisme	Renforcer l'implication des acteurs des formations sanitaires privées à but lucratif dans les activités de lutte contre le paludisme
	Irrégularités dans la fonctionnalité des organes de coordination	<ul style="list-style-type: none"> - La dynamisation des organes de coordination du programme (comité d'orientation et le groupes thématiques) - Le renforcement des capacités du personnel du PNLN en gouvernance et leadership
	Faible part de l'État dans la mobilisation des ressources	Augmenter la part de l'Etat dans la mobilisation des ressources
Promotion de la santé	Insuffisance de ressources financières allouées à la communication sur la lutte contre le paludisme ;	Allouer un montant adéquat à la communication en fonction du budget prévu à la lutte contre le paludisme
	Non maîtrise parfois de la langue locale, le choix du moment et de la technique de communication pour véhiculer les messages.	Améliorer le contenu des messages et canaux de communication. Renforcer les activités de communication pour le changement social et de comportement (CCSC).
GAS	Insuffisance dans la gestion des données du SIGL	Renforcer la supervision formative en matière de gestion logistique des intrants ;
	Non-respect du plan d'approvisionnement ;	Respecter le plan d'approvisionnement.
Lutte contre les épidémies et urgences de paludisme	Insuffisance dans la collecte, l'analyse et la transmission des données de surveillance hebdomadaires sur le paludisme	Améliorer la complétude et la promptitude des données de la surveillance épidémiologique du paludisme

Interventions	Faiblesses/Insuffisances	Propositions d'amélioration
	Insuffisance de formation du personnel en gestion des épidémies de paludisme	Poursuivre la formation du personnel en gestion des épidémies de paludisme
	Insuffisance de financement des activités de surveillance épidémiologique du paludisme	Faire le plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources financières pour mettre en œuvre les activités de la surveillance du paludisme planifiées
	Insuffisance dans l'implication des formations sanitaires parapubliques et privées dans la surveillance épidémiologique du paludisme	Renforcer la collaboration entre les différentes formations publiques, confessionnelles et privées dans le cadre de la surveillance du paludisme
SS&E et RO	Insuffisance de financement des activités SSE&RO	Allouer 15 à 20 % des ressources de la lutte antipaludique au financement du système de surveillance, suivi et évaluation pour mettre en œuvre la surveillance comme intervention de base.
	Faible intégration des données des formations sanitaires privées à but lucratif	Renforcer l'intégration des données des formations sanitaires privées à but lucratif.

2.3 Défis pour le PSN 2018-2022 révisé avec extension à 2024

- L'amélioration de la qualité du diagnostic biologique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et au niveau communautaire ;
- L'amélioration du système de gestion des données aux différents niveaux de la pyramide sanitaire y compris celles entomologiques (promptitude, complétude, contrôle de qualité et utilisation de l'information) ;
- L'amélioration de la gestion des intrants pour la prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Le recours précoce aux soins dans les 24 heures surtout chez les enfants de moins de 5 ans ;
- La surveillance régulière de la résistance des parasites aux médicaments et des vecteurs aux insecticides ;
- L'amélioration de la couverture du TPIg ;
 - La pérennisation de la CPS et son extension aux enfants de 5-10 ans ;
 - Le renforcement du volet pharmacovigilance et recherche comme composante nécessaire à la mise en œuvre de la CPS ;
 - Le renforcement de la coordination à différents niveaux (central, régional et opérationnel);

- La supervision régulière des prestataires à différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- La documentation des expériences réussies dans la mise en œuvre des interventions majeures ;
- La dynamisation des cadres de collaboration avec les formations sanitaires à but lucratif dans la politique de gratuité à tous les niveaux.
- La collecte et l'analyse des données de la surveillance hebdomadaire du paludisme à travers DHIS 2 ;
- La mobilisation des ressources financières surtout interne pour la lutte contre le paludisme.

3 CADRE STRATEGIQUE DU PSN 2018-2022 révisé avec extension à 2024

3.1 Vision

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

3.2 Mission

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

Compte tenu de la diversité des conditions géo-climatiques du Mali et des différents types de faciès épidémiologiques, des interventions spécifiques seront adaptées aux zones stables et instables de transmission du paludisme. Ainsi, les activités préventives et curatives en rapport avec l'accès universel seront mises en œuvre à l'échelle nationale en vue de contrôler durablement le paludisme dans les strates faible à forte transmission. Dans la strate à très faible transmission, les activités spécifiques seront ciblées et monitorées à travers un système de surveillance basé sur les (surveillance épidémiologique, suivi entomologique, communication, plaidoyer et mobilisation sociale, prise en charge des cas avec suivi des patients, recherche opérationnelle sur des questionnements spécifiques).

3.3 Principes et valeurs

Le PSN 2018-2022 révisé avec extension à 2024 repose sur des principes fondamentaux suivants :

- L'équité dans l'accès aux soins de qualité pour tous,
- La gestion axée sur les résultats,
- L'amélioration de la gouvernance sanitaire,
- La synergie avec les autres services et programmes du Ministère en charge de la Santé et des autres Ministères,
- L'appui des partenaires et des autres secteurs de développement,

- L'implication effective des communautés dans le processus de lutte contre le Paludisme.

3.4 Orientations stratégiques et priorités politiques

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

A travers ce PSN révisé 2018-2022 révisé avec extension à 2024, le PNLN s'inscrit dans l'accélération de la lutte contre le paludisme en vue de l'atteinte du seuil épidémiologique de pré élimination. Pour ce faire, les actions de lutte vont stratégiquement s'orienter vers le ciblage des interventions en fonction des caractéristiques épidémiologiques.

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

L'accès universel aux différentes interventions sera renforcé pour faciliter la protection des groupes vulnérables et des populations défavorisées en les assurant l'accès à des soins et des services de qualité.

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

L'approche communautaire va contribuer à susciter la demande de soins et renforcer l'offre de services dans la communauté. La mise en œuvre des interventions communautaires se fera à travers le paquet SEC.

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

L'amélioration des capacités de coordination et de gestion dans le cadre de la lutte contre le paludisme repose sur le renforcement des acquis de la décentralisation et la gouvernance locale. Ainsi, elle devrait permettre une forte implication des collectivités locales et les communautés dans la planification, la mobilisation des ressources, la promotion et la mise en œuvre des interventions.

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

Le partenariat avec le secteur privé sera renforcé afin d'optimiser les opportunités de financement et de coordination. En ce qui concerne les formations sanitaires privées à but lucratif, des mécanismes seront développés en vue de leur implication effective.

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

La contribution au renforcement durable du système de santé est aussi une priorité. Ce plan sera orienté vers une responsabilisation plus importante des niveaux régional et opérationnel. L'accent sera mis sur la planification décentralisée, l'amélioration du système d'approvisionnement, l'extension des interventions à base communautaire et le renforcement du système d'informations sanitaire à travers l'adaptation des outils et la poursuite de la recherche opérationnelle.

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

Le renforcement de la surveillance épidémiologique sera effectif à tous les niveaux avec un accent particulier dans les districts à potentiel épidémique conformément à la stratégie technique mondiale.

3.5 But et objectifs

3.5.1 But

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

3.5.2 Objectifs

Le PSN révisé vise d'ici fin 2024 à :

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

3.6 Principales stratégies de lutte

3.6.1 Gestion et coordination du programme

- *Objectif de la composante*

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

- *Description des interventions de la composante*

- **Gestion du Programme**

La gestion du PNLP sera renforcée avec l'élaboration de manuel de procédure.

La pérennisation de l'utilisation du logiciel de gestion Tom2Pro pour la gestion financière.

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

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

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

Les équipes du PNLP, des DRS et des DS seront formées sur des thématiques diverses en vue de renforcer leurs compétences.

- **Renforcement des capacités**

La capacité managériale des ressources humaines du PNLP sera renforcée dans différents domaines (leadership, gestion, planification)

Sur le plan technique, il s'agit entre autres de formations en surveillance épidémiologique, suivi et évaluation, entomologie et paludologie.

- **Planification et mise en œuvre**

Après la validation officielle du PSN 2021-2024, un plan d'action opérationnel en sera extrait tous les ans. Ce plan prendra en compte toutes les interventions de lutte contre le paludisme à réaliser à tous les niveaux de la pyramide. Les interventions au niveau opérationnel seront coordonnées avec les directions régionales, les districts sanitaires et les partenaires.

Il sera réalisé une revue de performance globale à la fin du plan.

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

Des activités intégrées seront mises en œuvre avec d'autres programmes de santé tels que la santé de la reproduction, la nutrition et le programme élargi de vaccination.

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

- **Coordination des partenariats**

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

- Comité d'orientation du PNLP ;
- Groupes thématiques.

Le PNLP est aussi membre du Comité Technique de Coordination et de Suivi de la Gestion des Médicaments Essentiels (CTCSGME) au sein duquel siège un sous-groupe paludisme.

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

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

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

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

- **Renforcement de la surveillance du paludisme comme intervention clé**

Il s'agira de renforcer la surveillance du paludisme à travers la mise en place des activités devant contribuer à rendre disponible des données de qualité en temps opportun pour la prise de décision. Les efforts de renforcement de capacités de collecte, d'analyse et d'interprétation des données seront poursuivis pour apporter des réponses programmatiques appropriées. Des plaidoyers seront également faits pour renforcer le financement des activités de surveillance du paludisme. La collaboration avec des structures parapubliques et privées à but lucratif dans le domaine de la collecte et de l'analyse des données de surveillance du paludisme sera renforcée.

- Renforcement de la recherche opérationnelle

La collaboration avec les institutions de recherche sera renforcée pour prendre en compte les besoins futurs de la lutte contre le paludisme.

3.6.2 Lutte Anti Vectorielle (LAV)

- *Objectifs de la composante*

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

- **Description des interventions de la composante**

- **Renforcement des capacités en Lutte Antivectorielle**

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

- **Accès Universel aux MILD**

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

Le PNLP poursuivra l'organisation des campagnes de distribution gratuite de masse en 2023 sur l'ensemble du territoire et la distribution en routine de MILD aux groupes les plus vulnérables (femmes enceintes, enfants < 1an) au cours des prochaines années.

Les actions prévues concerneront en particulier :

- Le choix des types de MILD nécessaires par région et par district se fera en fonction des recommandations issues de la stratification (IG2 pour les zones de forte transmission et aussi dans les zones où la preuve de la résistance ; BPO pour les autres districts)
- L'acquisition de MILD nécessaires et l'approvisionnement des régions et districts : Il s'agira d'acquérir et de mettre à la disposition des districts sanitaires, des MILD nécessaires pour la routine et la campagne de masse. Les formations sanitaires s'approvisionneront au niveau des DRC pour la routine.
- La réalisation du contrôle de qualité des MILD distribuées : Il s'agira, de réaliser systématiquement sur un échantillon de MILD fraîchement reçu, des tests d'efficacité avec une souche sensible pour confirmer les tests réalisés par le fournisseur. Cette activité permettra au pays d'évaluer la qualité des MILD avant leur distribution et de faire le feedback au fournisseur en cas de problème ;
- La gestion de la campagne de masse se fera à travers un plan d'action spécifique.

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

Cette intervention concernera les districts sanitaires ciblés (forte transmission) et en cas d'épidémie. Chaque district, produira un micro-plan opérationnel adapté aux réalités de la zone avec les différents acteurs.

La mise en œuvre des opérations de la PID s'appuiera sur le manuel opérationnel de la PID de l'OMS adapté au contexte local.

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

- La collecte des données entomologiques de base et épidémiologiques du paludisme dans les districts sanitaires ciblés pour la PID. Des études entomologiques de base seront conduites par le PNLP et ses partenaires dans un site sentinelle de chacun des districts sanitaires ciblés ;
- L'information et la sensibilisation des autorités sanitaires et administratives locales ;
- La cartographie des ménages des zones ciblées ;
- L'acquisition d'équipements, matériels de protection, consommables et insecticides pour la PID ;
- La réalisation des opérations de la PID dans les zones ciblées ;
- Le suivi- évaluation des activités des campagnes de PID ;
- Le contrôle de l'efficacité et le suivi de la rémanence de l'insecticide utilisé pour la PID dans les districts sanitaires ciblés ;
- La réalisation d'études sur la situation épidémiologique et entomologique du paludisme pour documenter le rôle de la PID dans la lutte contre le paludisme ;
- La gestion des déchets : elle prend en compte la gestion de l'environnement lors du transport des insecticides et des opérations de PID en conformité avec les exigences de la législation nationale en vigueur et les différentes conventions internationales ratifiées par le pays.

○ **La lutte anti larvaire**

La LAL viendra en complément des autres méthodes de lutte anti vectorielle. La lutte anti larvaire est une méthode mise en œuvre dans les endroits où les gîtes larvaires sont accessibles et relativement limités en nombre et en taille.

La mise en œuvre de cette intervention se fera par le PNLP en collaboration avec la collectivité décentralisée (municipalité) :

- Le traitement de gîtes larvaires avec les produits chimiques : l'accent sera mis sur les produits de vidange des engins roulants ;
- La destruction physique des gîtes larvaires : elle se fera par le drainage, l'écoulement des eaux, le remblayage et l'intervention sur les berges du fleuve, des mares, barrages, marigots, lacs...etc.
- L'assainissement de base : l'élimination des gîtes occasionnées au niveau des ménages et le désherbage ;

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

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

- La collecte des données entomologiques et épidémiologiques de base du paludisme dans les districts sanitaires retenus pour la PID ;
 - Le suivi annuel de la résistance des vecteurs aux insecticides sur les sites retenus et dans les treize sites sentinelles du PNLP ;
 - L'utilisation alternée des insecticides ;
 - La supervision des activités des campagnes de PID au niveau des districts ciblés pour la gestion de la résistance ;
 - La gestion des données du suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides dans les sites sentinelles.
- **Renforcer la collaboration avec le secteur privé dans le cadre de la LAV**

Un cadre de collaboration formel sera créé entre le PNLP et le secteur privé minier et les opérateurs économiques en vue du renforcement des activités de lutte contre le paludisme et de la capitalisation des acquis.

3.6.3 Prévention du Paludisme chez la femme enceinte

3.6.3.1 Traitement Préventif Intermittent (TPIg)

La prévention du paludisme chez la femme enceinte est une composante essentielle de la lutte contre le paludisme. Le TPIg constitue l'une des interventions de cette stratégie. Il est axé sur l'administration gratuite de la SP suivant le décret 10-628/PRM du 29 novembre 2010.

Pour une harmonisation de la gestion de la SP à tous les niveaux et l'adéquation de son utilisation, des directives ont été élaborées.

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

- **Objectif**

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

- **Description des interventions de la sous composante**

- **Coordination des activités :**

Les réunions de coordination du TPIg se tiennent au niveau du PNLP avec l'ensemble des partenaires concernés pour faire l'état des lieux en vue d'améliorer sa mise en œuvre.

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

Les interventions pour le renforcement de la disponibilité de la SP regroupent les activités de la chaîne d'approvisionnement qui seront mises en œuvre à tous les niveaux du système conformément au SDADME.

- **Renforcement de capacités des prestataires sur le TPIg**

Le renforcement de capacités des prestataires sur le TPIg se fait à travers les formations et les supervisions sur la CPN recentrée ainsi que celles sur la prise en charge des cas de paludisme.

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

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

partenaires. Le suivi se fera également à travers l'analyse des données mensuelles du système d'information disponible dans DHIS2.

- **La promotion du TPIg**

Les acquis par rapport à la promotion du TPIg seront maintenus et renforcés. Une communication soutenue des femmes en âge de procréer se fera à travers les associations féminines avec une forte utilisation des masses médias et des nouvelles technologies de l'information et de la communication de proximité. Une mobilisation sociale en faveur des groupements et associations féminines en primant les femmes ayant reçu les 3 doses de TPI. Des actions de plaidoyer seront menées auprès des leaders communautaires, des autorités politiques et administratives.

- **Stratégies d'amélioration du TPIg**

Afin d'augmenter la couverture en CPN et l'utilisation de la SP, des activités en stratégies avancées et mobiles seront renforcées. Par ailleurs, l'administration du TPIg à partir de la 2^{ème} dose TPI à base communautaire sera initiée. L'offre de services en TPIg sera aussi étendue au niveau des formations sanitaire privées et au niveau des populations clés qui pourraient en bénéficier.

En plus, une attention particulière sera portée sur la disponibilité permanente de la SP à tous les niveaux afin de limiter les risques de ruptures de stock à travers le suivi

3.6.3.2 MILD chez la femme enceinte.

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

- **Objectif**

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

- **Description des interventions de la sous composante**

- **Renforcement de disponibilité en MILD**

Les interventions pour le renforcement de la disponibilité des MILD regroupent les activités de la chaîne d'approvisionnement qui seront mises en œuvre à tous les niveaux du système conformément au SDADME.

- **Le renforcement du suivi et évaluation**

Le suivi se fera par la supervision semestrielle du PNLN vers les DRS et les CSRef. Le monitoring est semestriel et se fera au niveau CCom, CSRef puis région. L'évaluation se fera par enquête opérationnelle organisée par le niveau central en collaboration avec les partenaires. Le suivi se fera également à travers l'analyse des données mensuelles du système d'information disponible dans DHIS2.

- **Promotion des MILD**

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

3.6.4 Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS)

La chimio-prévention du paludisme saisonnier est une stratégie qui a été recommandée par l'OMS en mars 2012 comme politique de lutte contre le paludisme dans les pays du Sahel.

Elle consiste à donner une combinaison de Sulfadoxine Pyriméthamine et d'Amodiaquine (SP+AQ) à doses thérapeutiques à des enfants pour prévenir le paludisme pendant la période de haute transmission dans les zones à transmission saisonnière. Les modalités de sa mise en œuvre se feront en fonction de la nouvelle stratification qui a défini les districts éligibles et le nombre de passage (2,3,4 et 5) par district sanitaire. Les cibles de la CPS sont les enfants de 3 à 59 mois et ceux de 60 à 120.

Les ASC et les relais communautaires constituent les ressources humaines privilégiées pour la mise en œuvre de cette activité en collaboration avec le personnel du CSCoM.

- **Objectif :**
 - Couvrir au moins 90% des cibles par passage.

- **Description des interventions de la composante**

- **Planification**

La planification sera réalisée à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les aires de santé planifieront les activités de la campagne et transmettront leurs documents de planification aux districts. Les équipes cadres de district (ECD) feront une compilation des planifications des aires de santé afin de produire une synthèse de micro-planification. Un atelier de finalisation de micro-planification de la CPS sera organisé dans chaque DRS. Les micro-plans finalisés feront l'objet d'une validation au niveau central avec la participation de l'ensemble des acteurs de la CPS.

- **Coordination des activités**

Les réunions de coordination et d'orientation se tiendront au PNLP avec l'ensemble des partenaires impliqués dans la mise en œuvre pour la mobilisation financière et aussi pour l'élaboration des documents et supports nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie. Les réunions de coordination se tiendront également au niveau des autres segments de la pyramide sanitaire avec l'implication de tous les acteurs.

- **Renforcement des capacités des acteurs**

Les formations et ou mise à niveau des acteurs se feront en cascade du niveau central vers les régions en intégrant les DS lors des ateliers de micro-planification ; des DS vers les CSCoM et des CSCoM vers les ASC et relais communautaire.

- **Amélioration de la distribution communautaire**

L'ASC et le relais communautaire seront les ressources humaines privilégiées pour la mise en œuvre de cette activité.

L'administration se fera sous forme de campagne en stratégie fixe ou, mobile (porte-à-porte). La stratégie fixe sera destinée aux grandes agglomérations (villes et gros village) et la stratégie mobile visera les petits villages, hameaux et sites/fractions.

- **Suivi et évaluation**

Le suivi et évaluation se fera par monitoring rapide lors de chaque passage pendant les campagnes CPS. Les résultats seront transmis de façon journalière. Cette transmission se fera des CSCOM vers les DS, des DS vers le niveau régional, du niveau régional vers le niveau central. Les données de campagne de CPS seront saisies directement dans la plateforme DHIS2. Des fiches de notification des effets indésirables seront disponibles à tous les niveaux pour la surveillance de la pharmacovigilance pendant la campagne. Des activités seront menées pour rendre disponible les données de qualité à temps dans DHIS2 après chaque campagne.

Le monitoring indépendant sera organisé après le 1^{er} et le 4^{ème} passage de chaque campagne. Des enquêtes nationales pourraient être réalisées pour évaluer le processus de mise en œuvre et déterminer la couverture globale du pays.

La mise en œuvre de la CPS en mode expérimental dans les districts sanitaires permettra d'assurer l'observance des 2^{ème} et 3^{ème} doses à travers l'implication des mobilisateurs de proximité qui passent dans les ménages pour vérifier la prise effective de ces doses.

○ **Promotion de la CPS**

Cette promotion se fera par le plaidoyer auprès des autorités politiques et administratives pour la continuité de la CPS chez les enfants de 3 à 59 mois et l'extension de la stratégie aux enfants de 60 à 120 mois. La communication pour le changement social et de comportement sera renforcée au niveau communautaire.

3.6.5 Diagnostic et Prise en charge des cas

● **Objectifs**

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

● **Description des interventions de la composante**

○ **Diagnostic biologique du paludisme**

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

Le diagnostic biologique (TDR ou microscopie) sera offert gratuitement selon le décret N°10-628/P-RM du 29 novembre 2010 aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes.

La microscopie sera réservée aux formations sanitaires (FS) disposant d'un laboratoire et les TDR sont utilisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaires (FS et communautaire).

○ **Traitement du paludisme**

Les cas de paludisme simple confirmé (TDR ou Microscopie) seront traités par la combinaison Artemether-Lumefantrine (AL) en première intention, les combinaisons

Dihydroartésiminine-Pypéraquline ou Artésunate-Pyronaridine peuvent être utilisées en traitement alternatif conformément aux directives.

Les CTA sont utilisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour traiter les cas de paludisme simple. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes recevraient gratuitement les CTA selon le décret N°10-628/P-RM du 29 novembre 2010.

Le traitement du paludisme simple confirmé chez la femme enceinte se fera avec la quinine en comprimés au premier trimestre et les CTA à partir du deuxième trimestre de la grossesse conformément aux recommandations de l'OMS.

Les cas de paludisme grave confirmés seront traités avec les dérivés de l'Artémisinine injectable (Artésunate ou Artemether) ou la quinine. Des kits gratuits à base d'Artésunate injectable sont mis à la disposition des formations sanitaires au profit des enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Le traitement du paludisme grave confirmé chez la femme enceinte se fera avec l'Artésunate injectable en première intention, l'Artemether injectable constitue la deuxième intention et la quinine injectable la troisième intention. L'administration se fait par voie parentérale sans réduire la dose quel que soit l'âge de la grossesse.

NB :

- Pour le traitement des cas de paludisme grave confirmé, le relais se fait toujours par voie orale dès que l'état du patient le permet.
- Le traitement pré transfert du paludisme grave consiste à administrer une première dose d'antipaludique efficace par voie parentérale ou rectale avant d'évacuer le malade vers une formation sanitaire pour une prise en charge appropriée. Les molécules recommandées sont : Artesunate capsule rectale, Artesunate injectable, Artemether injectable et la Quinine injectable.

–

- **Renforcement de capacité sur la prise en charge**

Le personnel de santé impliqué dans le diagnostic biologique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (public, parapublic et privé) sera formé ou mis à niveau sur les techniques de diagnostic.

Le personnel de santé impliqué dans le traitement des cas sera formé sur les directives révisées de PEC au niveau de toutes les formations sanitaires (publiques, parapubliques et privées) ;

Pour le niveau communautaire, les ASC seront formés ou mis à niveau sur le diagnostic (TDR) et le traitement lors de la formation sur le paquet SEC.

Les supervisions formatives seront organisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

- **Assurance et contrôle de qualité**

Il s'agira d'assurer un contrôle de qualité régulier des GE/FM et des TDR au niveau de toutes les structures de santé des secteurs public et privé ainsi qu'au niveau des ASC lors des supervisions formatives.

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

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

3.6.6 Promotion de la Santé

Les activités de Communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC) porteront sur différentes interventions de prévention, prise en charge, renforcement des capacités, suivi-évaluation et utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Des messages seront développés en fonction de la nouvelle stratification du pays tout en mettant un accent particulier sur les zones à forte transmission du paludisme.

Des supports de communication vont être élaborés et diffusés à tous les niveaux. Des actions de plaidoyer seront organisées en direction des leaders politiques, religieux, communautaires, du secteur privé, des partenaires au développement.

La mobilisation sociale et les activités à base communautaires seront entreprises également.

- **Objectif**

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

- **Description des interventions de la composante**

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

Les activités suivantes seront menées :

- **Développement des supports éducatifs** : Les imprimés (brochures, dépliants, affiches, bandes dessinées, kakemonos etc.) seront produits.

Les supports de counseling (aide-mémoires, cartes conseils...) seront aussi produits pour accompagner la Communication Inter Personnelle (CIP) des agents de santé et relais communautaires.

- **Communication par les médias de masse** : Elle consistera à produire et diffuser des spots TV, radios (proximité) et sketch sur les MILD, TPI/SP, la CPS, la PID et la prise en charge. Des émissions radios, TV seront produites lors de la célébration des activités de la Journée mondiale de lutte contre le paludisme (JMLP). Un accent particulier sera mis sur l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication, et la mise à contribution des opérateurs de téléphonie mobile pour la diffusion des messages (SMS).

Pour assurer la visibilité du PNLP, il y'aura la production mensuelle d'un bulletin d'information en ligne sous forme de *newsletter*, la création et l'animation d'un site web et l'exploitation des sites existants pour la diffusion de l'information disponible sur le paludisme.

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

○ **Plaidoyer**

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

Ce plaidoyer sera aussi élargi aux institutions de la République (Assemblée Nationale).

De même, les célébrités, les champions et ambassadeurs de la lutte contre le paludisme seront mis à contribution pour la promotion d'un comportement favorable à la lutte contre le paludisme.

○ **Mobilisation sociale :**

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

- la célébration de la journée mondiale et de la semaine nationale de lutte contre le paludisme ;
- une caravane de sensibilisation ;
- des journées d'information/orientation et de mobilisation communautaire sur le paludisme;
- les lancements nationaux des différentes campagnes seront organisées (MILD, CPS etc.).

○ **Renforcement des capacités**

Dans le domaine du renforcement des capacités, la Division Communication du PNLN sera renforcée à travers sa participation à des séminaires internationaux et autres rencontres. Aussi, les membres du Groupe de Travail Communication sur le Paludisme seront outillés pour coordonner le processus de développement des outils de communication et de l'utilisation de la plateforme SPRINGBOARD (plateforme virtuelle d'échange d'information, de réseautage des professionnels de la communication pour le changement social et de comportement). Il sera procédé à la mise en place des groupes de travail communication sur le paludisme (GTCP) au niveau régional et une mise à niveau au besoin des agents C4D des régions et districts.

○ **Suivi-évaluation**

Le suivi des activités de communication, de plaidoyer de mobilisation sociale et de renforcement des capacités se fera lors des supervisions intégrées, les revues et évaluations périodiques. Cela permettra d'évaluer le niveau de réalisation des activités afin de les réajuster au besoin.

3.6.7 Lutte contre les épidémies et Urgences liées au Paludisme

Dans les zones à risque d'épidémie surtout la zone sahélo saharienne dans les régions de Gao, Tombouctou, Kidal, Kayes, Ségou, Mopti Taoudenit, Menaka et Koulikoro, la gestion de l'épidémie se fera à travers le plan de gestion de l'épidémie du paludisme qui s'inscrit dans le cadre de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR).

Les seuils épidémiologiques seront actualisés sur la base de la collecte des données hebdomadaires, la prise en compte des données pluviométriques nationales en collaboration avec les services de météorologie et les institutions de recherche.

- **Objectifs**

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

- **Description des interventions de la composante**

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

La surveillance épidémiologique du paludisme sera intensifiée par la poursuite de la dissémination du guide de surveillance du paludisme ainsi que celle du Plan National de lutte contre les épidémies de Paludisme.

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

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

La capacité des formations sanitaires y compris des parapubliques et privées à but lucratif sera renforcée en matière de gestion des épidémies.

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

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

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

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

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

La capacité des acteurs sera renforcée en matière d'investigation des situations épidémiques.

Toutes les suspicions d'épidémie seront investiguées et documentées.

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

Des stocks d'antipaludiques seront pré-positionnés dans les districts sanitaires à risque d'épidémie de paludisme.

En cas de situation d'épidémie, des actions suivantes devraient être exécutées conformément aux directives nationales :

- le traitement de tous les cas confirmés;
- la pulvérisation intra domiciliaire ;
- la destruction des gîtes larvaires;

- le traitement de masse ;
- la distribution de MILD.

3.6.8 Surveillance, Suivi -évaluation et Recherche opérationnelle

- **Objectif**

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

- **Description des interventions de la composante**

- **Renforcement des compétences du personnel**

La formation du personnel impliqué dans le système de surveillance, suivi-évaluation des activités à différents niveaux sera renforcée. Elle concernera le personnel des structures publiques, parapubliques et privées à but lucratif.

La révision du guide de surveillance de paludisme sera réalisée pour l'adapter à la nouvelle stratification et pour le renforcement de l'implication de tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

- **Amélioration de la qualité des données**

L'amélioration de la qualité des outils de collecte de données et de suivi de la mise en œuvre des interventions à différents niveaux concernera aussi bien les outils de collecte de données primaires que les outils de suivi des activités mises en œuvre.

Les différents niveaux impliqués dans les activités de lutte contre le paludisme participeront au processus de révision et/ou développement de ces outils.

Les efforts d'amélioration de la qualité des données à travers l'utilisation des fonctionnalités de DHIS2 seront poursuivis en collaboration avec les partenaires.

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

Le contrôle de la qualité des données et leur validation seront faits soit lors des supervisions assurées par les différents niveaux d'encadrement (équipes du PNLP, de la DRS et du DS), soit lors des revues périodiques des données ou à l'occasion des réunions trimestrielles organisées au niveau des districts. Des analyses de qualité des données saisies dans la plateforme DHIS2 et des audits périodiques de la qualité des données seront réalisées.

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

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

Les bases factuelles sur la lutte contre le paludisme seront constituées à travers les documents normatifs, les rapports d'activité, d'audit, de supervisions, des évaluations et enquêtes périodiques. Le stockage sera fait sur copie de sauvegarde (back up PNLP), copies dures.

- **Analyse continue et systématique des données**

Des activités seront mises en place pour renforcer les capacités d'analyse du personnel impliqués dans la SS&E du niveau central au niveau opérationnel.

L'analyse continue et systématique des données du paludisme sera faite à tous les niveaux afin de suivre les performances du programme et guider la prise de décisions.

- **Recherche opérationnelle**

Des recherches opérationnelles seront réalisées dans le domaine de l'efficacité thérapeutique des médicaments (sensibilité des parasites aux antipaludiques) et la résistance des vecteurs aux insecticides. Une étude pilote sur le traitement de masse sera également réalisée. L'intégration des activités entomologiques dans la surveillance sentinelle sera renforcée. Dans cette perspective les agents d'hygiène des régions et districts abritant des sites sentinelles seront formés sur les techniques de base de l'entomologie et les procédures de suivi entomologique.

4 CADRE DE MISE EN OEUVRE DU PSN 2021-2024

4.1 Modalités de mise en œuvre du PSN révisé 2021-2024

4.1.1 Mécanisme de planification et de mise en œuvre

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

4.1.2 Système de partenariat et de coordination

La lutte contre le paludisme se fera dans le cadre de mécanisme de partenariat défini par le ministère en charge de la santé. Ce partenariat sera développé conformément au principe des "Three one".

Des réunions de concertation seront organisées avec les structures nationales et internationales, en particulier la société civile et le secteur privé.

De façon spécifique, des modèles innovants de partenariat avec le secteur privé médical seront développées en vue de promouvoir l'application des directives techniques sur la prise en charge des cas et la prévention du paludisme. Un plaidoyer sera fait auprès des acteurs de développement pour la mobilisation des ressources internes.

4.1.3 Approvisionnement et système de gestion des achats

La mise en œuvre des activités GAS du PSN sera assurée en étroite collaboration avec les structures centrales habilitées (DPM, PPM, LNS, IS), les partenaires techniques et financiers, les DRS, les DS et les CSCom.

La régulation du secteur pharmaceutique sera assurée par la DPM. L'approvisionnement et la distribution des produits pharmaceutiques se feront par la PPM sur la base du SDADME.

Le LNS assurera le contrôle de la qualité à l'importation et tout au long du système de stockage et de distribution des produits pharmaceutiques.

L'inspection de la Santé veillera sur le respect de la législation, de la réglementation et des procédures.

La coordination de la gestion des intrants de lutte contre le paludisme sera assurée par le Comité Technique de Coordination et de Suivi de la Gestion des Médicaments Essentiels (CTCSGME)

4.1.4 Gestion des ressources financières

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

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

La mobilisation de ressources pour la lutte contre le paludisme se fera dans la dynamique nationale de financement des PDDSS élaborés par le ministère en charge de la santé.

Les opportunités d'initiatives de financement seront saisies au niveau national et international en vue de combler les carences programmatiques et financières du PSN de lutte contre le paludisme.

Pour une gestion efficace et efficiente des ressources financières conformément aux normes d'orthodoxie financière, les dépenses seront exécutées conformément au manuel de procédures de gestion administrative, financière et comptable des PTF. Les dépenses des ressources de l'Etat se feront à travers les procédures de gestion du PRODESS qui prennent en compte les procédures de passation des marchés publics, de gestion des achats et des stocks et de gestion des risques. En plus des manuels de procédure administrative, financière et comptable, le programme dispose d'un logiciel de gestion comptable et financier (Tom Pro 2). L'unité administrative et financière sera renforcée à travers le recrutement d'un régisseur et d'un contrôleur financier ou auditeur interne.

Le système de contrôle et d'audits interne et externe du cadre stratégique sera renforcé pour garantir la transparence et la confiance mutuelle.

4.1.5 Gestion et atténuation des risques

Les manuels de procédures de gestion administrative, financière et comptable prennent en compte les aspects de la gestion et l'atténuation des risques.

4.2 Budgétisation du PSN révisé 2021-2024

4.2.1 Résumé du budget

Le budget global du PSN de lutte contre le paludisme au Mali s'élève à **170 520 153 263 F CFA soit (259 956 287,84 Euro)**, sur les 4 ans pour une population estimée à 23 439 427 habitants en 2024, soit un coût d'investissement moyen annuel de 7275 F CFA par habitant (11,09 €). L'année 2021 (An 1) et l'année 2023 (An 3) absorberont respectivement la plus petite et la plus grande part du budget. Le budget élevé de l'an 3 2023 s'explique par l'organisation de la campagne nationale de distribution des MILD.

Tableau 16 : Répartition du budget par domaine de prestation de service

Domaine de Prestation de Service	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Total en CFA	Total en (Euro)	%
Gestion et coordination du programme	44 038 000	36 538 000	36 538 000	36 538 000	153 652 000	234 240,96	0,09%
Lutte Anti Vectorielle (LAV)	928 450 210	880 872 250	543 195 410	543 195 410	2 895 713 280	4 414 486,44	1,71%
Prévention du Paludisme chez la femme enceinte	2 104 376 000	2 104 376 000	2 104 376 000	2 104 376 000	8 417 504 000	12 832 402,12	4,97%
Chimio prévention du Paludisme Saisonnier	3 049 506 812	3 049 506 812	3 049 506 812	3 049 506 812	12 198 027 248	18 595 772,66	7,20%
Diagnostic et Prise en charge des cas	440 794 920	546 562 720	230 482 720	230 482 720	1 448 323 080	2 207 954,30	0,85%
Promotion de la Santé	500 208 490	432 183 450	423 683 450	429 412 450	1 785 487 840	2 721 958,66	1,05%
Lutte contre les épidémies et Urgences Paludisme	721 306 800	564 359 130	428 811 620	201 149 220	1 915 626 770	2 920 354,18	1,13%
Gestion des approvisionnements et des stocks	22 896 742 530	21 660 718 945	67 125 117 005	23 137 959 635	134 820 538 115	205 532 585,39	79,54%
Suivi Evaluation et Recherche opérationnelle	2 346 814 940	1 658 202 430	1 609 625 640	1 291 145 640	6 905 788 650	10 496 543,11	4,04%
Total	33 032 238 702	30 912 812 017	75 551 336 657	31 023 765 887	170 520 153 263	258 402 233,58	100%

4.2.2 Plan de mobilisation des ressources

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

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

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

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

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

Un soutien fort et continu au niveau du ministère en charge de la santé sera nécessaire pour la réalisation des objectifs. En outre, le travail de plaidoyer devra également inclure la hausse de la demande de financement pour les interventions à haut impact de lutte contre le paludisme, ce qui aidera à renforcer la transparence des programmes exécutés.

Le PNLP fera appel à ceux-ci pour renforcer la volonté collective, mobiliser et sensibiliser les populations cibles. Le secteur privé sera considéré comme un partenaire essentiel dans la construction d'une base solide qui assurera les efforts futurs.

La stratégie de plaidoyer sera accompagnée d'une matrice de financement permettant de fixer les engagements de l'Etat et ceux des partenaires. La mobilisation des fonds se fera sur la base d'une programmation annuelle et des extraits sous forme de requêtes trimestrielles qui préciseront les activités à mener et les besoins de financement correspondants. Les décaissements se feront toujours sur cette base en fonction des résultats atteints ainsi que des justifications comptables.

4.2.3 Cartographie des donateurs et stratégie de mobilisation des ressources

Tableau 17: Résumé du budget par partenaire

Étiquettes de lignes	2021	2022	2023	2024	Total	%
Etat	1,704,852,000	1775669 000	2,138,621,000	2,138,621,000	5,982,094,000	4%
OMS					-	0%
USAID/PMI	12,500,000,000	12,500,000,000	12,500,000,000	12,500,000,000	50,000,000,000	29%
FM	8,540,071,452	15,352,330,000	15,352,330,000	15,352,330,000	54,597,061,452	32%
UNICEF	992,078,250	992,078,250	992,078,250	992,078,250	3,968,313,000	2%
Total disponible	23,737,001,702	28,844,408,250	30,983,029,250	30,983,029,250	114,547,468,452	68%
Total général PSN	32,807,597,902	30,672,535,486	75,239,095,657	30,781,524,887	169,500,753,933	100%
Montant à chercher	9,070,596,200	1,828,127,236	44,256,066,407	-201,504,363	54,953,285,481	32%

4.2.3 Analyse des écarts budgétaires du PSN 2018-2022 révisé avec extension à 2024

Tableau 18 : Résumé de l'analyse des écarts budgétaires

Sources financements	2021	2022	2023	2024	Total
A. Budget total du Plan stratégique national	32,807,597,902	30,672,535,486	75,239,095,657	30,781,524,887	169,500,753,933
B. Ressources nationales actuelles et futures	1,704,852,000	1775669 000	2,138,621,000	2,138,621,000	5,982,094,000
C. Ressources extérieures actuelles et futures	22 032 149 702	28 844 408 250	28 844 408 250	28 844 408 250	108 565 374 452
D. Ressources totales actuelles et futures (B+C)	23,737,001,702	28,844,408,250	30,983,029,250	30,983,029,250	114,547,468,452
E. Ecart financier (A-D)	9,070,596,200	1,828,127,236	44,256,066,407	-201,504,363	54,953,285,481

Le budget total du plan stratégique 2021 - 2024 s'élève à **170 520 153 263 FCA**. Les ressources nationales actuelles et futures représentent **5,982,094,000 FCFA** soit 4%. La plus forte contribution reste les ressources extérieures actuelles et futures pour un montant de : **108 565 374 452 FCFA** soit 68%. Le gap budgétaire est de : **54 953 285 481 FCFA** soit 34%.

Les plus fortes contributions viennent du Fonds Mondial pour **54,597,061,452 FCFA** soit 32% et de l'USAID/PMI pour **50 000 000 000 FCFA** soit 29%. Les deux partenaires totalisent 71% des engagements pour le financement total du plan stratégique 2021 – 2024. Les ressources sont programmées à hauteur de 80,18% pour l'achat de médicaments, réactifs et consommables médicaux et à la gestion des achats et stocks ; la CPS avec 7,20% et la prévention du paludisme chez la femme enceinte avec 4, 97%.

5 CADRE DE SURVEILLANCE, SUIVI ET EVALUATION

Le plan de SS&E 2018-2022 révisé avec extension à 2024 permettra de suivre l'évolution des indicateurs retenus dans le cadre de performance et servira de document de référence.

5.1. Cadre de performance

Le suivi-évaluation de la performance du PSN 2018-2022 révisé avec extension à 2024 se fera à travers un processus continu et périodique de collecte et d'analyse des données qui permettra de s'assurer des progrès réalisés tout au long de la mise en œuvre des interventions. Les indicateurs de performance qui serviront à mesurer les changements attendus seront définis dans une matrice appelée cadre de performance.

Le cadre de performance révisé pour la période 2018-2022 révisé avec extension à 2024 prend en compte les indicateurs d'impact, d'effet (résultats), de produits et de processus, tels que décrits dans le plan de suivi-évaluation révisé.

Les cibles de certains indicateurs qui n'ont pas connu une évolution favorable en 2020 ont été réajusté pour période 2022-2024. Il s'agit de :

- Incidence du paludisme confirmé : l'incidence de référence qui était de 111‰ en 2017 est remontée à 129‰ en 2020. Pour atteindre la cible de 2024 (59‰), un pas de réduction annuelle de 17,5 a été adopté.
- Incidence du paludisme (confirmé et présumé) : l'incidence de référence qui était de 121,3‰ en 2017 est remontée à 163,3‰ en 2020. Pour atteindre la cible de 2024 (69‰), un pas de réduction annuelle de 23,5 a été adopté.
- Taux de mortalité du paludisme : le taux de mortalité de référence était de 5,5 pour cent mille en 2017. Il est passé à 8,1 pour cent mille en 2020. Pour atteindre la cible de 2024 qui est de 3,9 pour cent mille, une réduction annuelle d'environ 50% est attendue en 2021. Pour les années suivantes une réduction absolue de 0,2 par an est envisagée.
- Taux de positivité des tests : le taux de positivité de référence qui était de 66,5% a été révisé pour prendre en compte la hausse de cet indicateur en 2020 (72,7%). La cible de sera stationnaire pour toute la période de mise en œuvre du PSN 2022- 2024.
- Létalité hospitalière du paludisme : la létalité de référence qui était de 1,54 pour cent mille en 2017 est passé à 8,6 pour cent mille. Pour atteindre la cible de 2024 qui est de 0,69 pour cent mille, une réduction annuelle d'environ 50% est attendue en 2021. Pour les années suivantes une réduction absolue de 2,32 par an est envisagée.
- Proportion des femmes enceintes qui ont reçu au moins 3 doses de TPI en routine lors des CPN : la valeur de référence qui était de 27,6% en 2017 est passé à 41% en 2020. Pour atteindre la cible de 2024 qui est de 60%, une augmentation annuelle d'environ 4% est attendue en 2021 et 2022, suivie d'une hausse de 7,5% par an pour les deux dernières années.

Tableau 19 : Cadre de performance du PSN 2018-2022 révisé avec extension à 2024

Item	N°	Indicateurs	Données de base 2017			Données de base 2020			Cibles PSN révisé				Source de Données	Fréquence de la collecte	Mode de calcul des indicateurs	Responsable
			Valeur de base	Année de base	Source	Valeur de base	Année de base	Source	2021	2022	2023	2024				
But : Contribuer à l'amélioration de l'état de santé générale de la population en réduisant de façon significative le fardeau du paludisme.																
Indicateurs d'Impact																
	1	Incidence du paludisme confirmé (Cas externe et cas hospitalisés) pour 1000 habitants	111‰	2017	DHIS2				111,5‰	94‰	76,5‰	59‰	DHIS2	Mensuel, Annuel	Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés dans les formations sanitaires Dénominateur : Population totale Facteur multiplicateur : 1000	PNLP
	2	Incidence du paludisme notifié (Cas externe et cas hospitalisés)	121,3‰	2017	DHIS2				139,5‰	116‰	92,5‰	69,4‰	DHIS2	Mensuel, Annuel	Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés +présusés dans les formations sanitaires Dénominateur : Population totale Facteur multiplicateur : 1000	PNLP
	3	Taux de mortalité imputable au paludisme pour 100 000 habitants	5,5	2017	DHIS2				4,5	4,3	4,1	3,9	DHIS2	Mensuel, Annuel	Numérateur : Nombre de décès dus au paludisme Dénominateur : Population totale Facteur multiplicateur : 100000	PNLP
	4	Prévalence parasitaire du paludisme	36%	2015	EIP				20,00%		15%		EDS2018 et EIP2021	Annuel	Numérateur : Nombre de personne avec une infection palustre (confirmée par microscopie et/ou TDR) dans une population donnée Dénominateur : Nombre total de personnes enquêtées	PNLP

Item	N°	Indicateurs	Données de base 2017			Données de base 2020			Cibles PSN révisé				Source de Données	Fréquence de la collecte	Mode de calcul des indicateurs	Responsable
			Valeur de base	Année de base	Source	Valeur de base	Année de base	Source	2021	2022	2023	2024				
															ayant bénéficié d'un test de diagnostic du paludisme Facteur multiplicateur : 100	
	5	Taux de positivité des tests de diagnostic du paludisme (Microscopie ou TDR)	66,50%	2017	DHIS2				72,77%	72,77%	72,77%	72,77%	DHIS2	Mensuel, Annuel	Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmé Dénominateur : Nombre de tests de confirmation réalisés (GE et/ ou TDR) Facteur multiplicateur : 100	PNLP
	6	Létalité hospitalière attribuable au paludisme	1,54‰	2017	DHIS2				6,27‰	3,95‰	1,63‰	0,69‰	DHIS2	Mensuel, Annuel	Numérateur : Nombre de décès confirmés /imputables au paludisme Dénominateur : Nombre de cas grave de paludisme Facteur multiplicateur : 1000	PNLP
Indicateurs de résultats ou effets (Couvertures)																
Objectif 1 : Réduire le taux de mortalité du paludisme d'au moins 40% par rapport à 2015																
Prise en charge du paludisme (Diagnostic et Traitement)																
	7	Proportion des cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (TDR ou microscopie) au niveau des formations sanitaires	94,00%	2017	DHIS2				98,50%	100,00%	100,00%	100,00%	DHIS2	Mensuel, Annuel	Numérateur : Nombre total de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (microscopie et/ou TDR) Dénominateur : Nombre total de cas suspects de paludisme enregistrés Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires

Item	N°	Indicateurs	Données de base 2017			Données de base 2020			Cibles PSN révisé				Source de Données	Fréquence de la collecte	Mode de calcul des indicateurs	Responsable
			Valeur de base	Année de base	Source	Valeur de base	Année de base	Source	2021	2022	2023	2024				
	8	Proportion de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (TDR ou microscopie) dans la communauté (ASC)	97,10%	2017	RA PNLP				99,00%	100,00%	100,00%	100,00%	DHIS2	Mensuel, Annuel	Numérateur : Nombre total de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test par TDR dans les sites ASC Dénominateur : Nombre total de cas suspects de paludisme enregistrés dans les sites ASC Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires
	9	Pourcentage des cas de paludisme grave confirmés vus dans les formations sanitaires ayant bénéficié d'un traitement approprié conformément aux directives nationales	97,2	2017	DHIS2				100%	100%	100%	100%	DHIS2	Mensuel, Annuel	Numérateur : Nombre total de cas de paludisme grave traité avec Artesunate injectable ou Artemeter ou Quinine injectable Dénominateur : Nombre total de cas grave de paludisme enregistrés/diagnostiqués Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires
	10	Pourcentage des cas de paludisme simple confirmés vus dans les formations sanitaires ayant bénéficié d'un traitement approprié conformément aux directives nationales	93,20%	2017	RA PNLP				98,50%	100,00%	100,00%	100,00%	DHIS2	Mensuel, Annuel	Numérateur : Nombre total de cas de paludisme simple ayant bénéficié d'un traitement avec CTA dans les formations sanitaires Dénominateur : Nombre total de cas simples de paludisme enregistrés dans les formations sanitaires Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires

Item	N°	Indicateurs	Données de base 2017			Données de base 2020			Cibles PSN révisé				Source de Données	Fréquence de la collecte	Mode de calcul des indicateurs	Responsable
			Valeur de base	Année de base	Source	Valeur de base	Année de base	Source	2021	2022	2023	2024				
	11	Proportion de patients avec paludisme simple confirmé ayant reçu un traitement approprié au niveau des relais communautaires selon les directives nationales	97,00%	2017	RA PNLP				100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	DHIS2	Mensuel, Annuel	Numérateur : Nombre total de cas de paludisme simple ayant bénéficié d'un traitement antipaludique avec CTA dans les sites ASC Dénominateur : Nombre total de cas simples de paludisme vus par les ASC Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires
Objectif 2 : Réduire l'incidence du paludisme d'au moins 40% par rapport à 2015																
A. LUTTE ANTIVECTORIELLE																
Disponibilité et utilisation des MILD																
	12	Proportion de ménages avec au moins une MILD pour chaque 2 personnes	39%	2015	EIP				80%		85%		Enquête de couverture, MICS, MIS, EDS	Tous les 3 à 5 ans	Numérateur : Nombre de ménages enquêtés ayant au moins une MILD pour deux personnes Dénominateur : Nombre total de ménages enquêtés Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires
	13	Proportion de personnes à risque de paludisme, tous âges confondus, ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	68%	2015	EIP				80%		85%		Enquête de couverture, MICS, MIS, EDS	Tous les 3 à 5 ans	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 nuit précédant l'enquête Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires

Item	N°	Indicateurs	Données de base 2017			Données de base 2020			Cibles PSN révisé				Source de Données	Fréquence de la collecte	Mode de calcul des indicateurs	Responsable
			Valeur de base	Année de base	Source	Valeur de base	Année de base	Source	2021	2022	2023	2024				
	14	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	71%	2015	EIP				87%		90%		Enquête de couverture, MICS, MIS, EDS	Tous les 3 à 5 ans	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans, ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi dans les ménages enquêtés la nuit précédant l'enquête Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires
	15	Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	78,00%	2015	EIP				94%		96%		Enquête de couverture, MICS, MIS, EDS	Tous les 3 à 5 ans	Numérateur : Nombre de femmes enceintes, ayant dormi sous MILD dans le ménage la nuit précédant Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes ayant dormi dans les ménages la nuit précédant Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires
	16	Densité globale des vecteurs											Enquête	annuelle	
	17	Taux d'agressivité des moustiques											Enquête	annuelle	...	
	18	Résistance aux insecticides											Enquête	annuelle	

Item	N°	Indicateurs	Données de base 2017			Données de base 2020			Cibles PSN révisé				Source de Données	Fréquence de la collecte	Mode de calcul des indicateurs	Responsable
			Valeur de base	Année de base	Source	Valeur de base	Année de base	Source	2021	2022	2023	2024				
Pulvérisation PID																
	19	Proportion de la population à risque des zones ciblées ayant été protégée par des pulvérisations intra domiciliaires à effet rémanent au cours des 12 derniers mois	91,00%	2017	RA PNLP				95%	95%			Rapport PNLP	Annuel	Numérateur : Nombre de personnes à risque protégées par la PID au cours des 12 derniers mois dans les zones ciblées Dénominateur : Nombre total de personnes recensées dans les zones ciblées Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires
	20	Pourcentage de structures pulvérisées dans les zones PID	95,11%	2017	RA PNLP				96,00%	96,00%			Rapport PNLP	Annuel	Numérateur : Nombre de structures pulvérisées Dénominateur : Nombre de structures ciblées Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires
B. TPI chez la Femme enceinte																
	21	Proportion des femmes enceintes qui ont reçu au moins 3 doses de TPI au cours des soins prénatals durant leur dernière grossesse	21,00%	2015	EIP				50%	50%			Enquête de couverture, MICS, MIS, EDS	Tous les 3 à 5 ans	Numérateur : Nombre de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante pendant les deux dernières années précédant l'enquête qui ont reçu au moins trois doses de TPI Dénominateur : Nombre de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante pendant les deux dernières années précédant l'enquête touchées par l'enquête Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires

Item	N°	Indicateurs	Données de base 2017			Données de base 2020			Cibles PSN révisé				Source de Données	Fréquence de la collecte	Mode de calcul des indicateurs	Responsable
			Valeur de base	Année de base	Source	Valeur de base	Année de base	Source	2021	2022	2023	2024				
	22	Proportion des femmes enceintes qui ont reçu au moins 3 doses de TPI en routine lors des CPN	27,60%	2017	SLIS				41%	45,5%	52,5%	60%	SNIS	Trimestriel, Annuel	Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de TPI au cours de la CPN Dénominateur : Nombre de femmes enceintes reçues en CPN Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires
Lutte contre les épidémies et urgences paludisme																
	23	Pourcentage d'épidémies détectées dans la semaine suivant la notification	NA	NA					100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Rapport PNLP	Annuel	Numérateur : Nombre d'épidémies détectées Dénominateur : Nombre d'épidémies notifiées Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires
	24	Pourcentage d'épidémies contrôlées dans les deux semaines suivant la détection	NA	NA					100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Rapport PNLP	Annuel	Numérateur : Nombre d'épidémies contrôlées dans les deux semaines Dénominateur : Nombre d'épidémies détectées Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires
	25	Taux de complétude des rapports hebdomadaires dans les districts	65,50%	2020	DHIS2				70,00%	77,00%	84,00%	90,00%	DHIS2	Annuel	Numérateur : Nombre de rapports hebdomadaires reçus Dénominateur : Nombre de rapports hebdomadaires attendus dans les districts Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires

Item	N°	Indicateurs	Données de base 2017			Données de base 2020			Cibles PSN révisé				Source de Données	Fréquence de la collecte	Mode de calcul des indicateurs	Responsable
			Valeur de base	Année de base	Source	Valeur de base	Année de base	Source	2021	2022	2023	2024				
	26	Taux de promptitude des rapports hebdomadaires dans les districts	24,40%	2020	DHIS2				30,00%	35,00%	40,00%	70,00%	DHIS2	Annuel	Numérateur : Nombre de rapports hebdomadaires reçus dans le délai Dénominateur : Nombre de rapports hebdomadaires attendus dans les districts Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires
CPS chez les enfants de 3 à 59 mois																
	27	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois ayant bénéficié de 4 doses SP/AQ dans la zone concernée	44%	2015	Enquête MRTC				75%	80%	80%	80%	Monitorage indépendant	Annuel	Numérateur : Nombre d'enfants de 3 à 59 mois enquêtés ayant reçu 4 doses de SP/AQ, (une dose pour chaque cycle de traitement) Dénominateur : Nombre d'enfants de 3 à 59 mois enquêtés Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires
CCC																
	28	Pourcentage des femmes en âge de procréer qui connaissent la cause du paludisme	28,50%	2018	EDS IV 2018				35%			50%	EDS et EIP	Tous les 3 à 5 ans	Numérateur : Nombre de femmes en âge de procréer interrogées qui connaissent la pique de moustique comme seule cause du paludisme Dénominateur : Nombre total de femmes en âge de procréer interrogées Facteur multiplicateur : 100	PNLP/ Partenaires

Item	N°	Indicateurs	Données de base 2017			Données de base 2020			Cibles PSN révisé				Source de Données	Fréquence de la collecte	Mode de calcul des indicateurs	Responsable	
			Valeur de base	Année de base	Source	Valeur de base	Année de base	Source	2021	2022	2023	2024					
	29	Pourcentage des femmes en âge de procréer qui connaissent les symptômes du paludisme	59,30%	2018	EDS IV 2018				64%				70%	EDS et EIP	Tous les 3 à 5 ans	Numérateur : Nombre de femmes en âge de procréer interrogées qui connaissent la fièvre comme symptôme du paludisme Dénominateur : Nombre total de femmes en âge de procréer interrogées Facteur multiplicateur : 100	PNLP/ Partenaires
	30	Pourcentage des femmes en âge de procréer qui connaissent les mesures de prévention	84%	2018	EDS IV 2018				87%				90%	EDS et EIP	Tous les 3 à 5 ans	Numérateur : Nombre de femmes en âge de procréer interrogées qui connaissent la MILD comme mesure de prévention du paludisme Dénominateur : Nombre total de femmes en âge de procréer interrogées Facteur multiplicateur : 100	PNLP/ Partenaires
GAS																	
	31	Taux de disponibilité des produits de lutte contre le paludisme (pourcentage de structures n'ayant pas connu de rupture)	95%	2018	OSPSanté				100%	100%	100%	100%	Rapport PNL	Mensuel, Annuel	Numérateur : Nombre de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks des produits Dénominateur : Nombre total de structures attendues Facteur de multiplication : 100	PNLP	

Item	N°	Indicateurs	Données de base 2017			Données de base 2020			Cibles PSN révisé				Source de Données	Fréquence de la collecte	Mode de calcul des indicateurs	Responsable
			Valeur de base	Année de base	Source	Valeur de base	Année de base	Source	2021	2022	2023	2024				
	32	Pourcentage de commandes livrées intégralement et dans le délai	94%	2020	Pipeline				100%	100%	100%	100%	Pipeline	Trimestriel annuel	Numérateur : Nombre de commandes satisfaites intégralement et dans le délai Dénominateur : Nombre total de commandes annuelles des produits antipaludiques Facteur de multiplication : 100	PNLP
Surveillance, Suivi Evaluation																
	33	Taux de complétude des rapports mensuels d'activités	98,3%	2020	DHIS2				100	100	100	100	Rapport /SNIS/PNLP	Mensuel, Annuel	Numérateur : Nombre de rapports mensuels d'activités fournis durant une période donnée Dénominateur : Nombre rapports mensuels attendus durant la période Facteur de multiplication : 100	PNLP/Partenaires
	34	Taux de promptitude des rapports mensuel	59,6%	2020	DHIS2				100	100	100	100	Rapport /SNIS/PNLP	Mensuel, Annuel	Numérateur : Nombre de rapports reçus dans le délai Dénominateur : Nombre de rapports reçus Facteur de multiplication : 100	PNLP/Partenaires
	35	Taux d'exécution des activités par an du PNLP	42,92%	2020					75	80	85	90	Rapport d'activités PNLP	Annuel	Numérateur : Activités totales réalisées Dénominateur : Activités totales planifiées Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires
Gestion de la lutte contre le paludisme																

Item	N°	Indicateurs	Données de base 2017			Données de base 2020			Cibles PSN révisé				Source de Données	Fréquence de la collecte	Mode de calcul des indicateurs	Responsable
			Valeur de base	Année de base	Source	Valeur de base	Année de base	Source	2021	2022	2023	2024				
	36	Taux de mobilisation de ressources par an	90%	2020					100%	100%	100%	100%	Rapport d'activités PNLP	Mensuel, Annuel	Numérateur : Total des montants reçus Dénominateur : Montants prévus pendant la période Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires
	37	Taux d'absorption des ressources mobilisées par an	84%	2020					100%	100%	100%	100%	Rapport d'activités PNLP	Mensuel, Annuel	Numérateur : Total des dépenses effectuées pour la lutte contre le paludisme pendant une période Dénominateur : Total des financements alloués/Mobilisés par l'Etat et les partenaires pour la lutte contre le paludisme pendant ladite période Facteur multiplicateur : 100	PNLP/Partenaires

5.2. Système de gestion des données

5.2.1. Utilisation des données de routine

Les données de la lutte contre le paludisme sont intégrées dans les outils du SNIS et paramétrées dans DHIS2. Des rencontres périodiques seront organisées avec l'équipe chargée du SNIS pour le suivi de l'évolution des indicateurs liés au paludisme. Par ailleurs, un appui aux activités de supervision des données SNIS et de contrôle de qualité sera apporté à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

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

5.2.2. Evaluation de l'impact

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

5.3. Mécanismes de coordination du SS&E

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

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

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Politique Nationale de Lutte contre le paludisme 2012, PLNP 2012
2. Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-VI, 2018), INSTAT et CPS de la Santé, du Développement Social et de la Promotion de la Femme ;
3. Rapports de supervision de 2015 à 2020 du PNLP
4. Enquête sur les indicateurs du paludisme (MIS) en 2015, INSTAT et PNLP ;
5. Rapport MICS 2015 DNS et PNLP ;
6. Rapport SLIS de 2015 à 2020, DNS ;
7. Rapport de la Revue à mi-parcours du PSN 2018-2022, OMS et PNLP ;
8. PDDSS 2014-2023
9. PRODESS IV 2019-2023
10. Rapport de stratification du paludisme 2020
11. Rapport revue annuelle des SEC 2020
12. Rapport dialogue Pays
13. Rapport dialogue communautaire
14. Document cadre de la réforme du système de santé au Mali 2019-2022
15. Plan d'action de l'approche HBHI

ANNEXES

Annexe 1 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE ET BUDGET DETAILLE DU PSN REVISE 2018-2022 révisé avec extension à 2024

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Diagnostic et Prise en charge des cas de paludisme						
Reproduire 1000 exemplaires du manuel technique (SOP) sur le diagnostic biologique du paludisme pour les structures avec laboratoire n'ayant pas encore bénéficiées (Nord et secteur privé)	15 000 000	-	-	-	PNLP, PTF	PMI/IM
Reproduire 900 exemplaires de planche en couleur (aide-mémoire) sur le diagnostic biologique du paludisme	13 500 000	-	-	-	PNLP, PTF	PMI/IM
Organiser des ateliers de formation/mise à niveau de 700 techniciens de laboratoire du secteur public et privé sur le diagnostic biologique du paludisme en 35 sessions (20 agents/session de 3 jours)	23 489 800	46 979 600	46 979 600	46 979 600	PNLP, PTF	USAID/PMI, FM
Reproduire 1 686 directives (Prévention et PEC) révisées sur la PEC des cas de paludisme à l'endroit des structures publiques et privées	25 290 000	-	-	-	PNLP, PTF	USAID/PMI
Reproduire 600 manuels et guides de formation révisées sur la PEC des cas de paludisme à l'endroit des structures publiques et privées	9 000 000	-	-	-	PNLP	USAID/PMI
Organiser 2 ateliers de 5 jours de formation des formateurs sur le manuel de PEC révisé (central + régional + hôpitaux en 3 sessions de 90 cadres)	19 014 960	-	-	-	PNLP	USAID/PMI
Organiser 11 sessions de 5 jours de formation des formateurs des districts (2 agents et 1 chauffeur /CSRéf) sur le manuel révisé de PEC au niveau des 11 DRS. (Facilitateurs niveau central : 2 cadres et 1 chauffeur ; facilitateurs de la région : 4 ; participants DRS : 2 et personnel de soutien DRS : 2 pour chaque région).	93 738 040	-	-	-	DRS	
Organiser 82 sessions de formation de 5 jours de 1404 DTC au niveau des 75 districts sanitaires sur le manuel révisé de PEC et 650 prestataires privés (100 prestataires du secteur privé par région du sud et le District de Bamako ; 10 prestataires privés par région du nord) à raison de 25 participants /session de 5 jrs)	43 900 000	316 080 000	-	-	DS	

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Organiser une journée d'information à l'intention de 200 tradithérapeutes de Bamako sur la reconnaissance des symptômes du paludisme et la référence précoce des cas graves (50 tradithérapeutes/session/jour) en 4 sessions à Bamako	13 680 000	13 680 000	13 680 000	13 680 000	PNLP, PTF	FM
Organiser une journée d'information à l'intention de 500 tradithérapeutes des 5 régions du sud sur la reconnaissance des symptômes du paludisme et la référence précoce des cas graves (100 tradithérapeutes/session/jour) en 5 session	33 495 000	-	-	-	PNLP, PTF	FM
Organiser des missions d'échantillonnage aléatoire des médicaments antipaludiques au niveau des structures de santé pour le contrôle de qualité : 10 structures (1 hôpital + 4CSRéf + 2CSCoM/CSRéf + 1 structure privée par région ; une mission de 10 jours par an et par région pour 12 équipes de 04 personnes y compris le chauffeur)	57 408 000	76 544 000	76 544 000	76 544 000	PNLP/LNS	USAID/PMI, FM
Organiser 2 supervisions formatives semestrielles du niveau national vers chaque région pour un total de 11 régions (composition par équipe : 2 cadres et un chauffeur pendant 9 jours) sur la prévention et la prise en charge du paludisme au niveau des formations sanitaires	25 299 120	25 299 120	25 299 120	25 299 120	PNLP	FM, PMI/IM
Organiser 2 supervisions formatives semestrielles du niveau régional des régions vers leurs districts sanitaires respectifs (composition d'équipe : 2 cadres et un chauffeur pendant 7 jours) sur la prévention et la prise en charge du paludisme au niveau des formations sanitaires. (équipe pour 2 districts pour 75 districts sanitaires soient 38 équipes)	27 930 000	27 930 000	27 930 000	27 930 000	DRS	FM, IM
Organiser 4 supervisions formatives trimestrielles de chaque district vers ses aires de santé respectives (2 cadres et un chauffeur pendant 5 jours) sur la prévention et la prise en charge du paludisme au niveau des CSCoM. (75 équipes de supervision pour 4 sorties chaque années)	40 050 000	40 050 000	40 050 000	40 050 000	DS	FM, IM
Lutte anti vectorielle						
Acquérir des équipements et des fournitures pour la PID dans les districts cibles par an (2021 et 2022)	40 840 538	40 840 538	-	-	PNLP	PMI/VectorLink
Acquérir l'insecticide pour la PID par an (2021 et 2022)	248 962 681	248 962 681	-	-	PNLP	PMI/VectorLink
Organiser en une journée tous les ans 2 réunions techniques du Comité de Pilotage National de la PID (20 personnes) à Bamako	1 799 600	1 799 600	1 799 600	1 799 600	PNLP	PMI/VectorLink

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Organiser l'opérationnalisation et la pulvérisation et frais administratifs par an (y compris inspection environnementale et suivi entomologique)	361 443 500	361 443 500	361 443 500	361 443 500	PNLP/DS	PMI/VectorLink
Assurer la formation et la supervision des agents impliqués par an	61 254 600	61 254 600	61 254 600	61 254 600	PNLP/DS	PMI/VectorLink
Suivi et reporting par an	6 815 600	6 815 600	6 815 600	6 815 600	PNLP/DS	PMI/VectorLink
Gestion des déchets PID (collecte, entreposage, incinération) par an	3 610 750	3 610 750	3 610 750	3 610 750	PNLP/DS	PMI/VectorLink
Réaliser un audit environnemental externe en 2022 par un consultant	-	8 000 300	-	-	PNLP/DNACPN	PMI/VectorLink
Organiser un atelier National de validation du plan de gestion de la résistance des vecteurs (40 personnes pendant 2 jrs)	7 791 600	-	-	-	PNLP	PMI/VectorLink
Reproduire et diffuser à tous les niveaux 2000 exemplaires du plan de gestion de la résistance des vecteurs	30 000 000	-	-	-	PNLP	PMI/VectorLink
Organiser un atelier de dissémination du PNGRVI au niveau National regroupant 50 pers pdt 1 jr	6 257 600	-	-	-	PNLP	PMI/VectorLink
Organiser un atelier de dissémination du PNGRVI dans les 10 régions et le district de Bamako (11 sessions) regroupant 50 pers pdt 1 jr	45 347 500	-	-	-	PNLP	PMI/VectorLink
Organiser des réunions semestrielles du comité de coordination et de gestion de la LAV (30 pers/session pendant 2jrs)	820 000	820 000	820 000	820 000	PNLP	USAID/PMI
Organiser une revue annuelle sur la LAV au cours d'un atelier regroupant 50 pers pendant 03 jrs	13 643 400	13 643 400	13 643 400	13 643 400	PNLP	USAID/PMI
Organiser un atelier de 2 jours de 30 pers pour mettre à jour le protocole de surveillance de la résistance en dehors de Bamako	6 054 880	-	-	-	PNLP	PMI/VectorLink, MRTC, LBMA
Evaluer la situation de la résistance des vecteurs aux insecticides à travers l'organisation d'une mission de visite de terrain sur les sites (une équipe de 07 pers pendant 12 jours + 2 CVA)	3 366 920	3 366 920	3 366 920	3 366 920	PNLP	PMI/VectorLink, MRTC, LBMA
Revue documentaire suivi d'un atelier de validation (30 pers pendant 02 jrs) dans le cadre de l'évaluation de la situation	2 379 920	2 379 920	2 379 920	2 379 920	PNLP	PMI/VectorLink, MRTC,

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
						LBMA
Créer une base de données sur la gestion de la résistance des vecteurs (sans coût)	-	-	-	-	PNLP	PMI/ VectorLink, MRTC, LBMA
Partager les résultats de la surveillance au niveau central une fois par an au cours d'un atelier regroupant 50 pers pendant 1jr	3 480 800	3 480 800	3 480 800	3 480 800	PNLP	PMI/ VectorLink, MRTC, LBMA
Partager les résultats de la surveillance au niveau régional une fois par an au cours d'un atelier regroupant 50 pers pendant 1jr(11sessions)	-	-	-	-	PNLP	PMI/ VectorLink, MRTC, LBMA
Organiser une rencontre annuelle pour l'élaboration de nouveaux outils/approches capable de diminuer la pression de sélection de la résistance aux insecticides regroupant 30 pers pendant 05 jours à Bamako	6 984 800	6 984 800	6 984 800	6 984 800	PNLP	PMI/ VectorLink, MRTC, LBMA
Organiser un atelier chaque année pour Intégrer les nouveaux outils dans les stratégies de gestion de la résistance aux insecticides (40 pers pendant 03 jours)	6 272 800	6 272 800	6 272 800	6 272 800	PNLP	PMI/ VectorLink, MRTC, LBMA
Evaluer le PNGRVI en 2022 au cours d'un atelier de 10 jours regroupant 30 pers	-	9 914 800	-	-	PNLP	PMI/ VectorLink, MRTC, LBMA
Organiser un atelier de partage des résultats de l'évaluation au cours d'une journée regroupant 50 pers	-	4 517 800	-	-	PNLP	PMI/ VectorLink, MRTC, LBMA
Participation de 30 cadres au cours National d'Entomologie par an pendant 21 jours/05 formateurs à Bamako	52 050 000	52 050 000	52 050 000	52 050 000	PNLP	PMI/VectorLi nk, MRTC, LBMA
Réaliser 1 sortie par an pour la surveillance de la résistance des vecteurs dans les 13 sites sentinelles (08 personnes / site pendant 20 jrs)	5 556 920	5 556 920	5 556 920	5 556 920	PNLP	PMI/ VectorLink, MRTC,

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
						LBMA
Organiser des ateliers d'informations et d'échanges sur les activités de LAV (50 personnes pendant 1 semaine par an)	13 715 800	13 715 800	13 715 800	13 715 800	PNLP	OMS, USAID/PMI
Elaborer un nouveau plan de gestion de la résistance en lien avec le PSN pour la période 2023-2024 au cours d'une retraite de 10 jours regroupant 40 pers	-	20 859 920	-	-	PNLP	OMS, USAID/PMI
Organiser un atelier de validation d'un jour du plan regroupant 50 pers à Bamako	-	4 580 800	-	-	PNLP	OMS, USAID/PMI
Prévention du paludisme chez la femme enceinte						
Organiser 4 réunions trimestrielles du groupe technique paludisme /grossesse (50 participants pdt 1 jr)	6 800 000	6 800 000	6 800 000	6 800 000	PNLP	IM
Réaliser en stratégie avancées 10 sorties mensuelles par 02 agent par CSCCom vers les villages pour offrir de façon intégrée la CPN, TPI, vaccination, PF, Dépistage VIH etc. (1404 CSCCom pendant 12 mois) chaque année	2 097 576 000	2 097 576 000	2 097 576 000	2 097 576 000		USAID
Chimio-prévention du paludisme saisonnier						
Organiser 1 atelier/an de macro- planification au niveau national (40 pers pdt 3 jrs)	1 122 000	1 122 000	1 122 000	1 122 000	PNLP	FM, USAID
Organiser 1 atelier/an et par région de formation/mise à niveau et de microplanification pdt 7jrs participants : Nat.=20 ; régional=40 ; DS=276)	100 731 620	100 731 620	100 731 620	100 731 620	DRS	FM, USAID, UNICEF
Organiser 2 enquêtes de monitoring indépendant par an et par région pour évaluer la couverture de la CPS (niveau national : 2 cadres et un chauffeur, 1 cadre DRS pour 2 districts ; 4 moniteurs par district ; 6 districts pour les régions à 10 districts et 4 districts pour les régions à 8 districts).	109 528 192	109 528 192	109 528 192	109 528 192	PNLP	FM, USAID, UNICEF
Assurer la mise en œuvre de la CPS en 2 passages dans 3 districts pour les enfants de 3 à 59 mois et 60 à 120 mois (élaboration des supports de de collecte de communication, lancement, mobilisation sociale, communication, Administration, supervision, coordination des activités, restitution locale, et régionale)	71 250 000	71 250 000	71 250 000	71 250 000	PNLP	FM, USAID, UNICEF

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Assurer la mise en œuvre de la CPS en 3 passages dans 10 districts pour les enfants de 3 à 59 mois et 60 à 120 mois (élaboration des supports de de collecte de communication, lancement, mobilisation sociale, communication, Administration, supervision, coordination des activités, restitution locale, et régionale)	356 250 000	356 250 000	356 250 000	356 250 000	PNLP	FM, USAID, UNICEF
Assurer la mise en œuvre de la CPS en 4 passages dans 32 districts pour les enfants de 3 à 59 mois et 60 à 120 mois (élaboration des supports de de collecte de communication, lancement, mobilisation sociale, communication, Administration, supervision, coordination des activités, restitution locale, et régionale)	1 520 000 000	1 520 000 000	1 520 000 000	1 520 000 000	PNLP	FM, USAID, UNICEF
Assurer la mise en œuvre de la CPS en 5 passages dans 15 districts pour les enfants de 3 à 59 mois et 60 à 120 mois (élaboration des supports de de collecte de communication, lancement, mobilisation sociale, communication, Administration, supervision, coordination des activités, restitution locale, et régionale).	890 625 000	890 625 000	890 625 000	890 625 000	PNLP	FM, USAID, UNICEF
Promotion de la santé						
Organiser au niveau national 01 déjeuner débat une fois par an sur l'importance de la contribution financière dans la réduction des cas de paludisme chez les enfants et les femmes enceintes à l'intention du patronat du secteur privé et des entreprises pour 50 personnes (un jour) (montant 1 000 000FCFA)	994 000	994 000	994 000	994 000	PNLP, CНИЕCS, DNDS, PSI, DGSHP	FM
Plaidoyer auprès de l'Assemblée nationale pour l'allocation de plus de ressources à la lutte contre le palu (activité prévue à partir de 2024)	-	-	-	729 000	PNLP, CНИЕCS, DNDS, PSI, DGSHP	MSDS, ROTARY, OMS
Organiser un téléthon animé par les célébrités et les ambassadeurs de bonne volonté pour mobiliser des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme (à partir de 2024)	-	-	-	5 000 000	PNLP, CНИЕCS, DNDS, PSI, DGSHP	ROTARY, STE TELE, ORTM, FM, MUSO, OMS
Produire des messages en atelier de 2 jours à Bamako sur la Campagne de masse et de la routine y compris la gratuité des MILD	845 000	-	-	-	PNLP, CНИЕCS, DNDS, PSI, DGSHP	FM
Diffuser les messages sur la gratuite des MILD de la Campagne de masse et de la routine sur l'ORTM et 46 radios de proximité 10 fois par an (activité à reconduire en 2024)	70 500 000	70 500 000	70 500 000	70 500 000	PSI, CНИЕCS, ORTM	FM

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Réaliser des diffusions sur l'importance de la PID dans les 7 Radios de proximité de la région de Mopti pendant 70 jrs	5 836 600	5 836 600	5 836 600	5 836 600	PSI, CНИЕCS, ORTM	USAID/PMI/VectorLink
Organiser la mobilisation communautaire pour la PID par an dans les districts cibles	5 657 850	5 657 850	5 657 850	5 657 850	PNLP/VECTOR LINK/DNDS/DRS	USAID/VectorLink
Envoyer des messages de sensibilisation tous les ans par SMS pendant la période de forte transmission (juillet août septembre et octobre une fois par semaine à travers la téléphonie mobile (à reconduire jusqu'à 2024)	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	PNLP, CНИЕCS, OPERATEURS Téléphonies	MUSO, OMS, FM
Organiser un atelier d'adaptation et de pré-test des messages sur la nouvelle stratification (30 participants pendant 10 jours en retraite)	18 674 920	-	-	-	PNLP, CНИЕCS, DNDS, PSI, DGSHP	FM
Production des supports (bande annonce, spot, microprogramme, sketch, aide-mémoire sur la nouvelle stratification (une seule fois)	5 650 000	-	-	-	PNLP, CНИЕCS, DNDS, PSI, DGSHP	FM, USAID/PMI
Diffuser le sketch TV produit en fonction de la nouvelle stratification (5 diffusions) par an	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	CНИЕCS, PSI	FM
Diffuser tous les ans les spots TV sur l'administration de toutes les doses de SP/AQ en fonction de la nouvelle stratification en 2 langues (à reconduire jusqu'à 2024)	7 200 000	7 200 000	7 200 000	7 200 000	CНИЕCS, PSI	FM/AFD
Confection d'outils promotionnels (3 000 calendriers) tous les ans (500 agendas) tous les ans (10 000 porte-clés) une seule fois	17 000 000	4 500 000	4 500 000	4 500 000	PNLP, CНИЕCS, DNDS, PSI, DGSHP	ETAT, FM
Diffuser tous les ans 90 045 spots sur le paludisme au niveau de 135 radios (MILD, TPI/SP, CPS, recours précoce aux soins dans le contexte COVID 19) dans 13 langues locales	180 090 000	180 090 000	180 090 000	180 090 000	CНИЕCS/PSI	FM
Produire 02 spots TV (recours précoce dans le contexte COVID) avec traduction dans 13 langues locales (une fois)	10 250 000	-	-	-	PNLP, CНИЕCS, DNDS, PSI	FM
Déclinaison radiophonique une seule fois des 2 spots TV (recours précoce aux soins et COVID) dans 13 langues locales	6 500 000	-	-	-	PNLP, CНИЕCS, PSI	FM

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Diffuser tous les ans 120 spots TV (MILD, TPI/SP, CPS, recours précoce dans le contexte COVID) en français et bambara	36 000 000	36 000 000	36 000 000	36 000 000	PNLP, CНИЕCS, PSI	FM
Diffusion de message sur le paludisme à travers les panneaux digitaux LED (une fois par an pendant un mois) dans les six communes du district de Bamako	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	PNLP, CНИЕCS, PSI	FM
Produire une seule fois par an 2 000 affiches sur la prévention et la PEC du paludisme	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	PNLP, CНИЕCS, PSI	FM, ETAT
Dispatching 2 000 affiches sur la prévention et la PEC du paludisme	1 875 000	1 875 000	1 875 000	1 875 000	PNLP, CНИЕCS, PSI	FM, ETAT
Participer à 04 séminaires internationaux de renforcement des capacités en communication (02 pers/séminaire/an/)	15 200 000	15 200 000	15 200 000	15 200 000	PNLP	USAID PMI
Créer le site web du PNLN (une seule fois)	1 500 000	-	-	-	PNLP, USAID PSM	USAID PSM
Assurer la maintenance et l'animation du site web du PNLN chaque année	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	PNLP, DFM	ETAT
Appuyer tous les ans le fonctionnement du Groupe de Travail Communication sur le Paludisme (GTCP). (04 rencontre par an en raison de 200 000F par rencontre) (activité à reconduire jusqu'à 2024)	896 000	896 000	896 000	896 000	PNLP	FM, ETAT
Produire (une fois) et diffuser tous les ans le spot radiophonique intégré sur l'utilisation, l'entretien, la participation des hommes à travers les radios de proximité (200 radios, 15 diff/mois pendant 3 mois)	18 075 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	PNLP, PSI, CНИЕCS, DNDS	FM
Evaluer en 2022 le plan de communication 2019-2023 avec le plan stratégique 2018-2022 (une seule fois)	15 000 000	-	-	-	PNLP, PSI, CНИЕCS	FM
Célébrer tous les ans la journée mondiale/Semaine nationale de lutte contre le paludisme (à reconduire jusqu'à 2024)	60 000 000	60 000 000	60 000 000	60 000 000	PNLP	ETAT, PTF
Lancement de la campagne zéro palu, je m'engage en 2021 (une seule fois)	-	8 500 000	-	-	MSDS, PNLN	ETAT, PTF
Organiser une journée d'information à Bamako avec la presse chaque année sur le partage des résultats de la lutte contre le paludisme (50 journalistes) (à reconduire jusqu'à 2024)	934 000	934 000	934 000	934 000	PNLP, CНИЕCS, DNDS, PSI	FM
Gestion et coordination du programme						

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Assurer la multiplication du PSN révisé à mi-parcours en 500 copies	7 500 000	-	-	-		ETAT, PTF
Elaborer le plan opérationnel annuel et les rapports d'activités du PNLP (20 personnes pendant 15jours)	285 000	285 000	285 000	285 000		ETAT, PTF
Organiser des réunions trimestrielles du comité de pilotage du PNLP (réunion de 30 pers pendant 1 jour)	2 100 000	2 100 000	2 100 000	2 100 000		ETAT, PTF
Organiser une réunion semestrielle du comité d'orientation du PNLP sur la mise en œuvre des activités annuelles de lutte contre le paludisme (réunion de 40 pers pendant 1 jour)	5 410 000	5 410 000	5 410 000	5 410 000		ETAT, PTF
Réaliser une réunion annuelle du bilan du PNLP chaque année a Bamako (40 personnes en 5 jours)	3 261 800	3 261 800	3 261 800	3 261 800		ETAT, PTF
Créer et animer un cadre de collaboration ministère de la Santé et secteur privé dans le cadre de la lutte contre le paludisme (une réunion de 30 pers pendant deux jours par semestre)	1 530 000	1 530 000	1 530 000	1 530 000		ETAT, PTF
Organiser 2 réunions semestrielles de deux jours à Bamako sur la mise en œuvre de la subvention avec les équipes cadres des DRS (40 pers du niveau régional et 20 pers du niveau central)	23 951 200	23 951 200	23 951 200	23 951 200		ETAT, PTF
Gestion des approvisionnements et des stocks						
Appuyer l'organisation de quatre réunions du Comité Technique de Coordination et de Suivi de la Gestion des Médicaments Essentiels du niveau national (4 réunions/an/45participants pendants 2jrs à Bamako)	7 567 200	7 567 200	7 567 200	7 567 200	CTCSGME	USAID, FM, UNICEF
Appuyer l'atelier de Quantification des besoins en intrants de lutte contre le paludisme au niveau national (1 atelier/an/25participants pendant 10jrs en résidentiel)	5 688 560	5 688 560	5 688 560	5 688 560	Groupe de Quantification	USAID, FM, UNICEF
Appuyer chaque trimestre la révision du plan d'approvisionnement, des intrants de lutte contre le paludisme au niveau national (atelier de 05jrs, 25 participants)	11 060 240	11 060 240	11 060 240	11 060 240	Sous-groupe de Quantification Paludisme	USAID, FM, UNICEF, ECHO
Acquérir les Tests de Diagnostic Rapide	-	-	-	-	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Assurer la disponibilité des Tests de Diagnostic Rapide (7,5% du prix global) Frais de distribution et de stockage	141 594 327	152 432 079	162 345 092	166 730 244	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, ECHO
Acquérir les (TDR) pour les formations sanitaires (70% de la quantité totale)	1 321 547 052	1 422 699 404	1 515 220 854	1 556 148 944	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir les TDR au niveau des communautés (30% de la quantité totale)	566 377 308	609 728 316	649 380 366	666 920 976	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir des microscopes optiques pour les GE/FM	3 866 990	3 866 990	3 866 990	3 866 990	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID
Assurer la disponibilité des microscopes au niveau des services de prestation (7,5% du prix global)	290 024	290 024	290 024	290 024	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID
Acquérir des kits (produits consommables) pour la réalisation de GE/Frottis à des structures publiques, parapubliques (Lames, colorants, huile à immersion, vaccinostyles, tampon d'alcool, papier pH)	256 527 555	276 162 392	294 163 212	302 108 947	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID
Assurer la disponibilité des Kits au niveau des services de prestation pour la réalisation des GE/FM (7,5% du coût global)	19 239 567	20 712 179	22 062 241	22 658 171	PNLP	USAID
Acquérir des Alu 6	-	-	-	-	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir des Alu 6 au niveau des formations sanitaires	159 198 243	160 613 126	171 065 021	174 993 255	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir des Alu 6 au niveau des communautés	68 227 818	68 834 197	73 313 580	73 313 580	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir des Alu 12	-	-	-	-	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
						Santé ECHO
Acquérir des Alu 12 au niveau des formations sanitaires	218 618 954	220 561 995	234 914 982	240 309 529	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir des Alu 12 au niveau des communautés	93 693 837	94 526 569	100 677 849	102 989 798	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir des Alu 18	-	-	-	-	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir des Alu 18 au niveau des formations sanitaires	103 855 039	104 778 070	111 596 304	114 158 976	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir des Alu 18 au niveau des communautés	44 509 302	44 904 887	47 826 988	114 158 976	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir des Alu 24	-	-	-	-	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir des Alu 24 au niveau des formations sanitaires	347 967 829	351 060 336	373 905 671	382 491 985	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir des Alu 24 au niveau des communautés	149 129 070	150 454 430	160 245 288	163 925 136	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Assurer la disponibilité des Alu (7,5% du coût global des Alu)	88 890 007	89 680 021	95 515 926	102 475 593	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir des flacons d'artésunate 60 mg injectable pour la prise en charge des cas de paludisme grave chez les enfants < 5 ans et les femmes enceintes	7 105 998 557	5 847 893 596	6 228 344 748	6 249 548 338	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Assurer la disponibilité des flacons d'artésunate 60 mg injectable au niveau des formations sanitaires pour les enfants de moins de 5 ans	532 949 892	438 592 020	467 125 856	468 716 125	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir des flacons d'artésunate 30 mg paludisme grave chez les enfants	408 125 354	331 603 616	353 177 173	348 604 298	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Assurer la disponibilité des flacons d'artésunate 30 mg injectable au niveau des formations sanitaires	30 609 402	24 870 271	26 488 288	26 145 322	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir des kits pour la prise en charge des complications du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Cathéter G20 : 2 ; Seringue 10 ml : 5 ; Diazepan inj (ampoule) : 2 ; Sérum glucosé 10% (flacon) : 2 ; Perfuseur : 2 ; Sparadrap (mètre) 0,5 ; Paracétamol 1000 mg injectable (flacon) 4	1 192 957 517	979 455 582	1 043 197 775	1 071 354 558	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Assurer la disponibilité des kits pour la prise en charge des complications du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans (Cathéter G20 : 2 Seringue 10 ml : 5 ; Diazepan inj : 2 amp ; Sérum glucosé 10% : 2 flc Perfuseur: 2 flc ; Sparadrap : 0,5m ; Paracétamol 1000 mg inj : 4flc) (30% des cas grave)	89 471 814	73 459 169	78 239 833	80 351 592	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir des seringues 10 ml pour les injections de l'artesunate	266 957 460	219 502 980	233 783 370	234 321 750	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Assurer la disponibilité des seringues 10 ml pour l'injection de l'artésunate	20 021 810	16 462 724	17 533 753	17 574 131	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir des capsules rectales pour le traitement en pré transfert des cas graves au niveau communautaire (Artésunate 100 mg suppo)	2 282 940	18 743 472	19 963 152	20 502 108	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Assurer la disponibilité des capsules rectales pour le traitement en pré transfert des cas graves au niveau communautaire (Artésunate 100 mg suppo)	171 221	1 405 760	1 497 236	1 537 658	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir les SP/AQ pour la chimio prévention saisonnier du paludisme chez les enfants de 3 à 11 mois	185 485 982	192 163 478	199 081 363	206 248 292	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Assure la disponibilité des SP/AQ pour la chimioprévention saisonnier du paludisme chez les enfants de 3-11 mois	13 911 449	14 412 261	14 931 102	15 468 622	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir les SP /AQ pour la chimioprévention saisonnière du paludisme chez les enfants de 12-59 mois	2 016 592 080	2 071 040 066	2 126 958 148	2 184 386 018	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Assurer la disponibilité des SP /AQ pour la chimio prévention saisonnier du paludisme chez les enfants de 12-59 mois	151 244 406	155 328 005	159 521 861	163 828 951	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir les doses de SP pour le traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes	176 624 602	207 453 255	213 056 840	218 811 785	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Assurer la disponibilité des doses de SP pour le traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes	13 246 845	15 558 994	15 979 263	16 410 884	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO
Acquérir les MILD pour les campagnes de distribution aux populations des zones à risque de paludisme (couverture universelle)	-	-	41 340 508 070	-	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, ETAT
Assurer le stockage et les coûts opérationnels de la campagne MILD au niveau Communautaire (7,5% du prix global)	-	-	3 100 538 105	-	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, ETAT
Acquérir les MILD pour la distribution pour la routine chez les enfants < 1an et les femmes enceintes des zones à risque de paludisme	4 972 119 261	5 202 078 268	5 352 052 493	5 496 618 453	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, ETAT
Assurer la disponibilité des MILD dans les formations sanitaires pour la routine (7,5% du prix global)	372 908 945	390 155 870	401 403 937	412 246 384	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, ETAT
Acquérir des ALU 6 pour la gestion des épidémies de paludisme	11 371 303	11 472 366	12 218 930	12 499 518	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, ETAT
Acquérir des ALU 12 pour la gestion des épidémies de paludisme	15 631 379	15 770 307	16 796 554	17 182 267	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, ETAT
Acquérir des ALU 18 pour la gestion des épidémies de paludisme	7 418 373	7 484 305	7 971 332	8 154 384	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, ETAT
Acquérir des ALU 24 pour la gestion des épidémies de paludisme	24 854 845	25 075 738	26 707 548	27 320 856	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, ETAT
Acquérir de l'Artesunate 60mg + 30mg pour la gestion des épidémies de paludisme	381 291 069	313 512 594	333 909 047	334 678 006	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, ETAT

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Acquérir des MILD pour la gestion des épidémies de paludisme	965 858 179	965 858 179	965 858 179	965 858 179	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, ETAT
Assurer la disponibilité des intrants antipaludiques pour la gestion des épidémies de paludisme (7,5%)	105 481 886	100 438 012	102 259 619	102 426 991	PNLP, DPM, PPM, DFM, LNS	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO, ETAT
Appuyer l'évaluation technique complète des capacités et des conditions de stockage du niveau central jusqu'au niveau périphérique des magasins, espace de stockage ; enquête de 15j avec 4 pers (Nat, Région, District, partenaire/Régions)	1 423 060	1 423 060	1 423 060	1 423 060	PNLP, DPM, PPM, DFM, DRS, Structures sanitaires	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO, ETAT
Appuyer la collecte active des données des intrants de lutte contre le paludisme (camp et routine) pour la quantification annuelle/15j/4Pers (Nat, Région, District, partenaire/Régions)	1 423 060	1 423 060	1 423 060	1 423 060	PNLP, DPM, PPM, DFM, DRS, Structures sanitaires	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO, ETAT
Appuyer la supervision semestrielle des acteurs impliqués dans gestion des médicaments et intrants antipaludiques 7j/4Pers (Nat, Région, District, partenaire/Régions)	1 574 120	1 574 120	1 574 120	1 574 120	PNLP, DPM	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO, ETAT
Appuyer la formation/recyclage de 3000 MCD, DTC, gérants DRC et DV sur le SIGL en 30 sessions par an ; soit 25 participants /session pendant 3 jours	216 286 800	216 286 800	216 286 800	216 286 800	PNLP, DPM	USAID, FM, UNICEF, Partenaires Santé ECHO, ETAT
Assurer la participation annuelle de 2 pharmaciens impliqués dans la gestion des intrants antipaludiques à la formation du DIU de Ouagadougou sur la gestion des approvisionnements pharmaceutiques	4 600 000	4 600 000	4 600 000	4 600 000	PNLP, DPM	FM
Lutte contre les épidémies et Urgences Paludisme						

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Réaliser le suivi post formation de 27 DTC formés sur la gestion des épidémies dans les districts à potentiel épidémique du paludisme une fois la première année du plan (2 cadres du PNLP, 1 DRS, 1 CSREF) en 30 jours les deux premières années	3 969 960	3 969 960	-	-	PNLP	OMS, PMI/Measure Malaria
Appuyer trimestriellement les 27 districts à potentiel épidémique du paludisme pour la supervision des CSCom dans le cadre de la surveillance épidémiologique du paludisme en 5 jours par sortie pour 2 cadres du CSRef	14 418 000	14 418 000	14 418 000	14 418 000	DS	OMS
Organiser une supervision semestrielle dans le cadre de la surveillance épidémiologique du niveau national vers les districts (2 cadres niveau national, 1cadre DRS, 1 cadre CSRF et 1 chauffeur) pendant 20 jours	4 849 920	4 849 920	4 849 920	4 849 920	PNLP	PMI/Measure Malaria
Organiser un atelier d'1 jour par région pour la dissémination du plan national de lutte contre les épidémies (10 sessions en 2021 : Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et District de Bamako ; 3 par district, 10 résidents, 2 cadres du niveau central)	127 132 000	-	-	-	PNLP	OMS, PMI/Measure Malaria
Organiser un atelier d'un jour par région pour la dissémination du guide de surveillance de Paludisme en 11 sessions (3 par district, 10 résidents, 2 cadres du niveau central)	42 223 500	-	-	-	PNLP	FM
Organiser 1 session par région, soit 11 sessions (158 agents) de formation de 6 jours des agents d'hygiène du niveau opérationnel et intermédiaire sur les techniques de base de l'entomologie et les procédures de suivi entomologique	67 184 040	-	-	-	PNLP	ETAT
Organiser un atelier national d'un jour pour la dissémination de la nouvelle stratification du paludisme (2 cadres par DRS, 28 du niveau central)	9 950 100	-	-	-	PNLP	FM
Organiser un atelier d'un jour par région pour la dissémination de la nouvelle stratification du Paludisme en 11 sessions (3 par district, 10 résidents, 2 cadres du niveau central)	58 681 040	-	-	-	PNLP	FM
Multiplier en 3000 exemplaires le document de la stratification du paludisme	45 000 000	-	-	-	PNLP	FM
Former 1800 agents sur le guide de surveillance épidémiologique du Paludisme et la détermination du seuil (75 sessions de 3 jours, 40 sessions en 2022 et 35 en 2023)	-	260 185 600	227 662 400	-	PNLP	FM

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Organiser 2 sessions de formation de 5 jours des techniciens de laboratoire des 27 districts sanitaires à risque d'épidémie de paludisme (14 techniciens en 1ere session et 7 techniciens en 2ème session en 2022) à Bamako	-	8 094 000	-	-	PNLP	FM
Equiper en matériels de laboratoires les 27 districts sanitaires à risque d'épidémie de paludisme	-	-	-	-	PNLP	FM
Equiper en microscope optique les 13 Sites sentinelles pour les Gouttes épaisses et frottis minces	-	-	-	-	PNLP	FM
Organiser une rencontre annuelle avec les Institutions de recherche (MRTC, INSP, LBMA etc...) pour 30 participants en 2 jours	510 000	510 000	510 000	510 000	PNLP	OMS
Acquérir 26 kits pour la réalisation des GE/FM (Lames, colorant, huile à immersion, vaccinostyle, tampon d'alcool, papier PH ...) pour les 13 sites sentinelles	-	-	-	-	PNLP	FM
Organiser une supervision spécifique semestrielle des laboratoires de 10 jours au niveau des districts sanitaires et aires de santé (2 cadres niveau central, 1 cadre CSRef	4 311 600	4 311 600	4 311 600	4 311 600	PNLP	ETAT
Suivre semestriellement les 13 Sites sentinelles de paludisme pendant 10 jours (3 cadres niveau central, 1 DRS)	5 131 600	5 131 600	5 131 600	5 131 600	PNLP, MRTC	FM
Produire le bulletin mensuel sur les données hebdomadaires du paludisme (rencontre d'élaboration pour 5 personnes pendant 5 jours)	4 050 000	4 050 000	4 050 000	4 050 000	PNLP	PMI/Measure Malaria
Organiser un atelier de validation du bulletin mensuel sur les données hebdomadaires du paludisme (1 jour de validation pour 30 personnes,	4 860 000	4 860 000	4 860 000	4 860 000	PNLP	PMI/Measure Malaria
Multiplication en 1000 copies du bulletin mensuel sur les données hebdomadaires du paludisme	60 000 000	60 000 000	60 000 000	60 000 000	PNLP	PMI/Measure Malaria
Former les acteurs des districts à potentiel épidémique et les DTC sur l'utilisation de la fiche d'investigation des cas de paludisme en 27 sessions (30 participants par session)	-	61 342 920	-	-	PNLP	FM
Financer le paquet d'activités d'une Investigation d'épidémie dans les 27 districts à potentiel épidémique (forfait de 2 000 000 FCFA par district)	54 000 000	54 000 000	54 000 000	54 000 000	PNLP	FM

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Organiser une revue des données au mois de décembre chaque année dans les régions à potentiel épidémique (5 sessions, 2 cadres du niveau central, 4 niveau régional, 4 cadres par district)	8 897 300	8 897 300	8 897 300	8 897 300	PNLP	FM
Organiser un atelier de révision du canevas de rapportage hebdomadaire du paludisme en 3 jours de 25 personnes en résidentiel (11 DRS et 14 niveau central)	5 590 800	-	-	-	PNLP	OMS
Multiplier en 5000 exemplaires le registre sur la collecte hebdomadaire pour les 27 districts à potentiel épidémique	75 000 000	-	-	-	PNLP	OMS
Participation de deux cadres de la division surveillance épidémiologique et recherche (le Chef de division et la chargée de la Surveillance épidémiologique) à 2 rencontres internationales en Afrique sur le paludisme	35 400 000	35 400 000	35 400 000	35 400 000	PNLP	FM
Organiser un atelier d'élaboration 10 jours du Plan National de lutte contre les épidémies de paludisme 2023 - 2024 en résidentiel pour 40 participants	-	20 152 800	-	-	PNLP	OMS
Organiser un atelier de validation nationale 1 jour du Plan National de lutte contre les épidémies de paludisme 2023 - 2024 pour 51 participants (Structures centrales 29, DRS 22).	-	9 464 630	-	-	PNLP	OMS
Organiser un atelier de dissémination nationale 1 jour du Plan National de lutte contre les épidémies de paludisme 2023 - 2024 pour 51 participants (Structures centrales 29, DRS 22).	-	-	-	-	PNLP	FM
Organiser un atelier de dissémination régionale 1 jour du Plan National de lutte contre les épidémies de paludisme 2023 - 2024 (11 sessions en 2021 : Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Ménaka, Taoudenit, Kidal et District de Bamako ; 3 par district, 10 résidents, 2 cadres du niveau central)	65 391 040	-	-	-	PNLP	FM
Organiser une mission nationale d'investigation avec une équipe pluridisciplinaire (1 clinicien ,1 épidémiologiste, 1entomologiste, 1parasitologiste, 1 santé publique et 1 de suivi évaluation) pendant 15 jours par an dans les 27 districts à potentiel épidémique	4 720 800	4 720 800	4 720 800	4 720 800	PNLP	FM
Surveillance épidémiologique, Suivi – évaluation et Recherche						
Assistance technique en suivi- évaluation (1 pers pour la durée du plan)	5 220 000	5 220 000	5 220 000	5 220 000		FM

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Assurer la participation de 05 pers de la direction du PNLN au cours international de suivi évaluation des programmes de lutte contre le paludisme à Ouagadougou (cours international de 15 jours) en an 2,3 et 4	-	9 260 000	9 260 000	4 630 000		FM
Organiser 4 sessions de cours nationaux de suivi- évaluation pour 80 agents des niveaux régional et district (session de 20 personnes en 10 jours) soit une session par an	7 065 000	7 065 000	7 065 000	7 065 000		PMM, FM
Appuyer la supervision nationale des acteurs impliqués dans la gestion des médicaments et intrant antipaludique (SDAME) 2 supervisions/an	6 204 840	6 204 840	6 204 840	6 204 840		PSM
Assurer la formation de 30 formateurs régionaux à l'utilisation du MRDQA (03 personnes par DRS en 3 jours de formation et 2 jours de voyage) en année 1	13 630 500	13 630 500	-	-		PMM et Palladium
Former 52 chargés SLIS et points focaux paludisme de 26 districts sanitaires en audit de la qualité des données du paludisme à travers l'outil MRDQA (3 sessions de formation de 24 personnes en 3 jours de formation et 2 jours de voyage) en année 1 et 2	3 659 000	1 829 500	-	-		ETAT, FM
Acquérir 5 ordinateurs de bureau, et accessoires dans le cadre de la gestion des données en année 3	-	-	3 000 000	-		ETAT, FM
Acquérir 5 imprimantes multifonctions dans le cadre de la gestion des données sur le paludisme en année 3	-	-	2 000 000	-		ETAT, FM
Acquérir 100 antivirus Kaspersky chaque année	4 500 000	4 500 000	4 500 000	4 500 000		ETAT, FM
Acquérir 50 clés USB de 16 GB dans le cadre de gestion des données en année 2 et 4	-	750 000	-	750 000		ETAT, FM
Acquérir 20 disques durs externes de 500 GB dans le cadre de la gestion des données en année 1	900 000	-	-	-		ETAT, FM
Acquérir 1 Véhicule de liaison et 1 véhicule pick-up en année 2 et 3	-	25 600 000	25 600 000	-		ETAT
Acquérir 1 serveur pour le stockage des données sur le paludisme	3 000 000	-	-	-		ETAT, FM
Appuyer les frais de communication téléphoniques de la division suivi évaluation du PNLN	200 000	200 000	200 000	200 000		FM
Organiser un atelier d'élaboration des directives écrites sur la transmission des données et du guide des indicateurs du paludisme (une session de 5 jrs de 20 pers)	2 960 000	-	-	-		PMM, FM

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Multiplier et diffuser les directives écrites (3000) sur la transmission des données et le guide des indicateurs (3000) du paludisme pour les différents niveaux du système de santé (forfait)	90 000 000	90 000 000	90 000 000	90 000 000		ETAT, FM
Assurer 1fois par an la multiplication et la distribution de 500 copies du rapport annuel d'activité du programme	-	7 500 000	7 500 000	7 500 000		ETAT, FM
Elaborer un guide de suivi-évaluation pour le PNLP en année 2 lors d'un atelier en résidentiel à fana regroupant 30 pers pendant 06 jours	-	16819270	-	-		PMM
Elaborer un manuel national de formation en suivi-évaluation en année 2 lors d'un atelier en résidentiel regroupant 25 pers pendant 06jours	-	14754270	-	-		PMM
Multiplier (150 copies) un manuel national de formation en suivi-évaluation	-	2 250 000	-	-		
Assurer tous les ans 2 supervisions des activités du paludisme du niveau central vers le niveau régional (01 CVA, 02 cadres du niveau national et 01 cadre du niveau régional pendant 10 jours	2 909 920	2 909 920	2 909 920	2 909 920		FM, PMI/IM
Partager les bulletins mensuels jusqu'au niveau opérationnel par email et publication sur les sites du MSAS (sans coût)	-	-	-	-		ETAT
Participation de 02 cadres du PNLP à l'élaboration des PDSC pour la prise en compte des activités de lutte contre le paludisme en fonction du PSN en cours (atelier de 10 jours 02 cadres +CVA+ carburant)	1 324 960	1 324 960	1 324 960	1 324 960		ETAT, FM
Appuyer tous les ans 2 supervisions formatives semestrielles des activités de lutte contre le paludisme des équipes districts par les équipes cadres des régions (02 cadres régionales pour 05 jours + CVA)	1 750 000	1 750 000	1 750 000	1 750 000		ETAT, FM
Appuyer tous les ans les supervisions trimestrielles des activités de lutte contre le paludisme des districts vers les CSCom (02 cadres du district pour 05 jours + CVA)	1 750 000	1 750 000	1 750 000	1 750 000		ETAT, FM
Réaliser tous les ans 1 test de sensibilité des vecteurs aux insecticides dans les 13 sites sentinelles (appui du PNLP pour 5 000 000 au MRTC)	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000		FM USAID/PMI
Appuyer tous les ans 1 contrôle de qualité des MILD (appui du PNLP pour 5 000 000 au MRTC)	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000		FM
Assurer tous les trois mois le suivi des 13 sites de surveillance sentinelles (appui du PNLP pour 5 000 000 au MRTC)	20000000	20000000	20 000 000	20000000		ETAT, FM, PMI/Measure Malaria

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Appuyer tous les ans dans 88 CSRef/Hôpitaux un contrôle de la qualité du diagnostic biologique du paludisme (TDR, GE/FM) y compris les équipements (appui du PNLP pour 5 000 000 au MRTC)	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000		ETAT, PMI/IM, FM
Créer une base de données des résultats de recherches menées (an 2, sans coût)	-	-	-	-		ETAT
Organiser 4 réunions trimestrielles nationales pour le réseau du partenariat Suivi/évaluation PNLP (30 pers résidents en une journée)	3 600 000	3 600 000	3 600 000	3 600 000		FM
Appuyer 01 réunion semestrielle sur la gestion et la validation des données avec les acteurs au niveau régional (10 régions et le District de Bamako) 45 pers pour 3 jrs	107525 000	107525 000	107525 000	107525 000		FM
Appuyer 01 réunion trimestrielle sur la gestion et la validation des données avec les acteurs au niveau des DS (1437 pers pdt 3 jrs, 20 pers par session soit 75 sessions)	162 000 000	162 000 000	162 000 000	162 000 000		FM
Appuyer l'organisation des rencontres mensuelles de compilation des données des CCom au niveau des districts (20 pers pendant 02 jrs)	408 240 000	408 240 000	408 240 000	408 240 000		FM
Appuyer au moins 02 mises en œuvre du MRDQA dans 42 districts en an 1, 2, 3 et 4 (3 cadres et un chauffeur pendant 12 jours pour le niveau central, 2 cadres et 1 chauffeur pour le niveau région en 8 jrs, 84 pers par DS et 1 chauffeurs par région en 05 jrs)	3 417 920	20 507 720	20 507 720	20 507 720	P NLP	USAID/PMI, FM
Appuyer une fois par semestre l'audit de la qualité des données par le niveau régional (2 cadres et 1 chauffeur pendant 10 jrs)	20 317 000	20 317 000	20 317 000	20 317 000		PMI/Measure Malaria, FM
Appuyer une fois par trimestre l'audit de la qualité des données par le niveau district (2 cadres et un chauffeur pendant 10 jrs) chaque année	-	67 092 480	67 092 480	67 092 480	PNLP	FM, PMI/Measure Malaria
Réaliser une évaluation rapide de l'impact de la CPS en 2022 (appui du PNLP pour 15 000 000 au MRTC)	-	15 000 000	-	-		ETAT, FM, PMI/IM
Réaliser une Enquête nationale sur les indicateurs du paludisme (MIS) en 2021 (appui du PNLP pour 750 000 000 au INSTAT)	750 000 000	-	-	-		ETAT, USAID/PMI
Réaliser 1 test d'efficacité des MILD tous les ans (appui du PNLP pour 5 000 000 à travers MRTC)	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000		FM ; USAID/PMI
Organiser tous les ans 2 évaluations de la disponibilité et l'utilisation rationnelle des intrants à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (End User Verification) tous les ans	38 000 000	38 000 000	38 000 000	38 000 000		PMI/PSM

Libellés	2021	2022	2023	2024	Acteurs de mise en œuvre	Partenaires
Assurer tous les ans 1 étude sur l'efficacité thérapeutique des antipaludiques dans les sites sentinelles (appui du PNLN pour 50 000 000 à MRTC)	-	50 000 000	-	50 000 000		ETAT, FM, PMI/IM
Réaliser une étude sur la sensibilité des parasites de paludisme à la Sulfadoxine Pyriméthamine (LBMA)	18 543 250	18 543 250			P NLP	ETAT, PMI/IM
Appuyer tous les ans 1 thèse/mémoire d'un étudiant sur le paludisme (appui du PNLN pour 5 000 000)						ETAT
Organiser 01 étude sur les valeurs diagnostiques des TDR (appui du PNLN pour 10 000 000 à MRTC)	-	-	10 000 000	-		ETAT, PMI/IM, FM
Réaliser une revue de performance final du PSN de lutte contre le Paludisme en 2024 (appui du PNLN pour 70 000 000)	-	70 000 000	-			ETAT, OMS, PMI/Measure Malaria, FM, RBM
Réaliser une évaluation de "Stratégie Saisonnière d'Administration de Masse de Médicament antipaludique visant la basse saison de transmission dans une zone de transmission saisonnière et endémique de Paludisme au Mali" (coût 1 080 000 000)	432 000 000	324 000 000	324 000 000	-		ETAT, PMI/IM, FM
Organiser des ateliers de dissémination des résultats des différentes études et évaluations à tous les niveaux (journées scientifiques)	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000		ETAT, PMM, FM
Lutte contre les épidémies et Urgences Paludisme						
Organiser un atelier de révision de guide de surveillance du paludisme en résidentiel pendant 10 jours de 25 participants	13231800	-	-	-		ETAT, PMI/Measure Malaria, FM
Organiser un atelier national de validation du guide de surveillance du paludisme pendant 2 jours de 50 participants (Structures centrales 29, DRS 22).	6 803 300	-	-	-		ETAT, PMI/Measure Malaria, FM
Promotion de la Santé						
Elaborer un plan d'action de la campagne 'zéro palu, je m'engage'	2 765 060	-	-	-		ETAT, PMI/Measure Malaria, FM
Développer un plan de communication pour la campagne nationale de distribution universelle des MILD en 2023	2 765 060	-	-	-		ETAT, PMI/Measure Malaria, FM

Annexe 2 : Répartition du budget du PSN révisé 2018-2022 révisé avec extension à 2024 par intervention

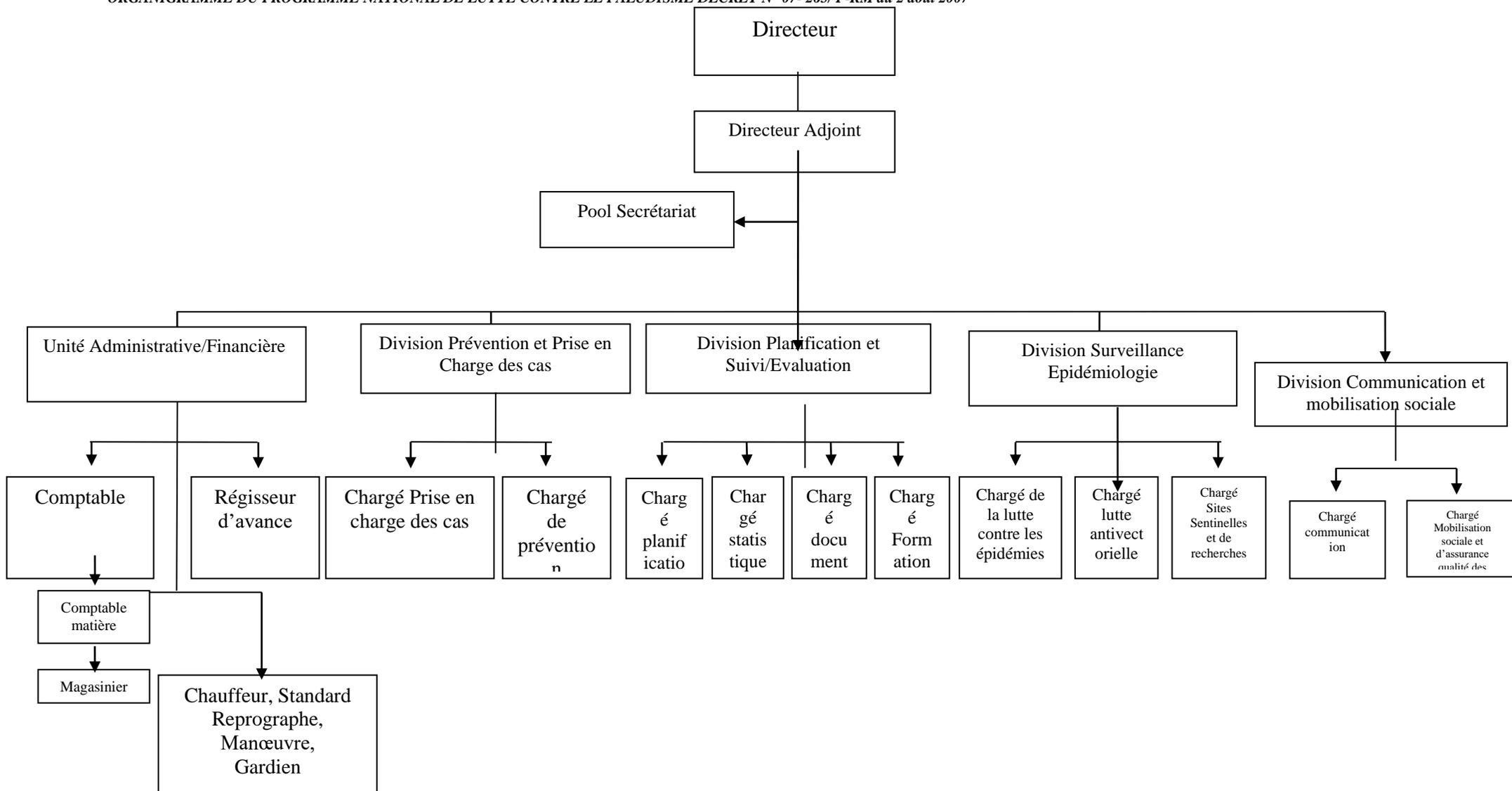
Intervention	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 1-4
Gestion du Programme	-	-	-	-	-
Renforcement institutionnel de la coordination du Programme	-	-	-	-	-
Renforcement de la structure organisationnelle	-	-	-	-	-
Renforcement des capacités	-	-	-	-	-
Planification et mise en œuvre	7 785 000	285 000	285 000	285 000	8 640 000
Coordination des partenariats	36 253 000	36 253 000	36 253 000	36 253 000	145 012 000
Renforcement du système de gestion des achats et des stocks	-	-	-	-	-
Renforcement des capacités en LAV	-	-	-	-	-
Accès Universel aux MILD	-	-	-	-	-
Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) dans les districts sanitaires ciblés	724 727 270	732 727 570	434 924 050	434 924 050	2 327 302 940
Lutte Anti Larvaire ciblée	-	-	-	-	-
Gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides	190 007 140	108 988 160	94 555 560	94 555 560	488 106 420
Renforcement de la collaboration avec le secteur privé dans le cadre de la LAV	13 715 800	39 156 520	13 715 800	13 715 800	80 303 920
Renforcement de la disponibilité de la SP	-	-	-	-	-
Intensification du S&E de la stratégie TPI	-	-	-	-	-
Promotion du TPI	2 104 376 000	2 104 376 000	2 104 376 000	2 104 376 000	8 417 504 000
Coordination des campagnes	-	-	-	-	-
Renforcement des capacités des acteurs	-	-	-	-	-

Intervention	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 1-4
Amélioration de la distribution communautaire	-	-	-	-	-
Promotion de la CPS	3 049 506 812	3 049 506 812	3 049 506 812	3 049 506 812	12 198 027 248
Diagnostic biologique du paludisme	51 989 800	46 979 600	46 979 600	46 979 600	192 928 600
Traitement du paludisme	388 805 120	499 583 120	183 503 120	183 503 120	1 255 394 480
Assurance et contrôle de qualité	-	-	-	-	-
Communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC)	435 515 430	361 755 450	361 755 450	361 755 450	1 520 781 780
Plaidoyer	994 000	994 000	994 000	6 723 000	9 705 000
Mobilisation sociale	63 699 060	69 434 000	60 934 000	60 934 000	255 001 060
Renforcement de la prédiction des épidémies et de leur détection précoce	552 897 660	370 380 680	325 793 520	98 131 120	1 347 202 980
Mise en œuvre de la surveillance communautaire dans les districts avec les ASC	-	-	-	-	-
Renforcement de l'investigation des situations épidémiques	54 000 000	115 342 920	54 000 000	54 000 000	277 342 920
Renforcement de la mise en œuvre des activités de riposte	114 409 140	78 635 530	49 018 100	49 018 100	291 080 870
Amélioration du processus d'acquisition (Sélection et Quantification, Achat, le suivi du plan d'approvisionnement en antipaludique) des intrants de lutte contre le paludisme	22 674 281 610	21 438 258 025	66 902 656 085	22 915 498 715	133 930 694 435
Renforcement de capacités de la gestion logistique des intrants de lutte contre le paludisme	-	-	-	-	-

Intervention	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 1-4
Renforcement de capacité des acteurs impliqués dans la gestion des stocks antipaludiques	222 460 920	222 460 920	222 460 920	222 460 920	889 843 680
Renforcement des compétences du personnel	35 779 340	43 209 840	27 749 840	23 119 840	129 858 860
Renforcement du cadre de travail	8 600 000	31 050 000	35 300 000	5 450 000	80 400 000
Amélioration de la qualité des données	92 960 000	131 323 540	97 500 000	97 500 000	419 283 540
Mise en place d'un système d'assurance qualité intégrée des données du paludisme	60 332 680	39824960	60 332 680	60 332 680	220 823 000
Constitution de bases factuelles sur le paludisme avec diffusion et utilisation d'informations stratégiques aux différents acteurs, décideurs et partenaires	1 926 682 000	1 169 825 450	1 166 282 200	882 282 200	5 145 071 850
Total	32 809 777 782	30 690 351 097	75 328 875 737	30 801 304 967	169 630 309 583

Annexe 2 : Organigramme du PNLP

ORGANIGRAMME DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME DECRET N° 07- 265/ P-RM du 2 août 2007



Annexe 3 : Liste des participants aux travaux de révision du PSN 2018-2022 avec extension à 2024

N°	PRENOMS /NOMS	STRUCTURE	TELEPHONE	Email
1	Dr Coulibaly Madina Konaté	PNLP	76231703	dinacoul70@yahoo. Fr
	Chebou DIALLO	PSI/Mali	73 08 99 92	chdiall@psimali.org
	Bohy DEMBELE	PNLP	74 61 39 09	bohydembele63@gmail.com
	Dr Seybou COULIBALY	PNLP	79 13 30 26	tjiwacoul@gmail.com
	Dr Amadou A TANGARA	DRS/Bamako	76 11 30 91	amadouamadoutangara@yahoo.fr
	Mme COULIBALY Assitan DEMBELE	PNLP	75 44 44 70	assitandembele2000@yahoo.fr
	Dr Issa TRAIRE	CPS	76 18 17 70	Issatraore1962@gmail.com
	Dr N'dji Boubacar DIARRA	DRS/Koulikoro	79 43 50 02	diara3@gmail.com
	Dr Hyacinthe DACKOOU	DRS Koulikoro	76 06 56 65	hyacinthedak@gmail.com
	Dr Mahamadou MAGASSA	PNLP	76 05 17 11	mahamadouhmagassa@yahoo.fr
	Aboubacar Sidiki TRAORE	DFM/Santé	79 18 44 47	boubast85@gmail.com
	Mamadou Djouldé BAH	Vector Link	66 18 95 52	djoude.mamadoubah@pmivectorlink.com
	Belco SIDIBE	PNLP	76 13 15 95	s.belco@yahoo.fr
	Dr Vincent SANOGO	PNLP	94 64 56 77	sanogovincent@yahoo.fr
	Dr Sanoussi Moussa KONE	GHSC-PSM	66 80 26 06	skone@ghsc-psm.org
	Mamadou KONATE	PNLP	76 41 19 68	mamadou.konate@psimali.org
	Boureima SACKO	CRS	66 85 48 25	boureima.sacko@crs.org
	Dr Boubakar DOUCOURE	PNLP	98 98 19 99	boubakar581@gmail.com
	Mme KONE Ramatou SIDIBE	PNLP	76 30 00 39	ramasidib@yahoo.fr
	Dr Modibo COULIBALY	DGSHP	79 30 95 87	modiboCoul@yahoo.fr
	Dr Jean Paul SOMBORO	CRS	75 31 61 05	elle.somboro@crs.org
	Dr Sidy DOUMBIA	MRTC Entomologie	76 33 09 44	sidydombia@icermali.org
	Mory CAMARA	PNLP	71 35 85 26	camaramory@yahoo.fr
	Dr Seydou OUATTARA	DRS Bamako	78 26 40 46	drouattaraseydou@gmail.com
	Mme COULIBALY Joséphine	CNIECS	76 33 34 95	jcoulibaly_17@yahoo.fr
	Amadou DIARRA	PNLP	77 58 91 77	amadoudiarra76@yahoo.fr

N°	PRENOMS /NOMS	STRUCTURE	TELEPHONE	Email
	Dr Youssouf SAMAKE	CSRéf Fana	76 01 90 06	samakeyoussouf79@gmail.com
	Dr Bibatou MARIKO	DPM	76 64 73 09	marikobibatou@gmail.com
	Dr Mariam S KONE	PNLP	76 01 11 46	konemariam665@gmail.com
	Gbetowenonmon Gratien	Consultant	97 37 22 97	gratien.gbetowenonmon@gmail.com
	Dr Idrissa CISSE	PNLP	94 64 22 51	idrissaciss68@yahoo.fr
	Dr Tegué GUINDO	PF Fana	75 89 24 70	tegueguindo@gmail.com
	Dr KONE Diahara TRAORE	PNLP	76 47 71 60	dtkone@hotmail.fr
	Abdourhamane Moussa DICKO	PNLP	77 80 09 69	dickoabdourhamane599@yahoo.fr
	Ignace TRAORE	PMM	76 31 78 15	ignace.traore@icf.com
	Dr Diadier DIALLO	PMM	71 70 20 55	Diadier.diallo@icf.com
	Sékou KOUATA	PMM	76 79 00 69	53689@icf.com
	Mme TRAORE Aminata TRAORE	PNLP	77 75 08 85	aminatafrfr@yahoo.fr
	Dr Mady CISSOKO	MRTC Parasitologie	76 08 88 68	madycissoko@ymail.com
	Dr Tako BALLO	OMS	97 91 61 01	ballot@who.int
	Justin SANGALA	CRS	63 72 02 13	
	Oumar YATTARA	PSI/Mali	76 10 85 82	oyattara@psimali.org
	Dr Siradjou KEITA	SCI/CCS	76 44 13 95	Siradjou.keita1@savethechildren.org
	Cheick A TRAORE	PSI/Mali	92 09 55 88	catraore@psimali.org
	Boubacar SIDIBE	OMS Mali		sidibeb@who.int
	TFEIL A. Kharchi	OMS AFRO	+22670359101	kharchia@who.int
	Dr Cheick Oumar Coulibaly	Consultant OMS	76140120	Coulibalyc90@hotmail.com
	Amadé OUEDRAGO	OMS	78 78 69 30	
	Abdoulaye DIAKITE	PNLP	78 43 56 54	
	Mahamadou TRAORE	DRS Koulikoro	79 34 79 97	
	Kassoum MARIKO	PNLP	75 93 23 59	
	Abdoul Aziz TRAORE	PMM	76 42 23 09	
	Abdoul Karim DIAKITE	Vector Link	79 23 22 15	
	Tidiane SALL	PSI/Mali	76 03 19 68	
	Boubacar COULIBALY	PNLP	73 54 51 67	