

**REPUBLIQUE DU NIGER**

*Fraternité – Travail – Progrès*

**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
SECRETARIAT GENERAL  
DIRECTION DES ETUDES ET DE LA  
PROGRAMMATION**



**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE  
CONTRE LE PALUDISME**



**PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE  
CONTRE LE PALUDISME 2017-2021**

**Décembre 2016**

## SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>2</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>4</b>
<b>LISTES DES ACRONYMES ET DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>5</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES</b> .....	<b>9</b>
<b>Tableau 1 : Répartition géographique des vecteurs du paludisme identifiés au Niger, 2013 à 2014</b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>10</b>
<b>CONTEXTE</b> .....	<b>11</b>
<b>1.1 Profil du pays</b> .....	<b>11</b>
1.1.1 Situation géographique.....	11
1.1.2 Système socio-politique.....	11
1.1.3 Situation démographique .....	13
1.1.4 Écosystème, Environnement et Climat .....	13
1.1.5 Situation socio-économique .....	14
1.1.6 Analyse du système de santé.....	14
<b>1.2 Place de la lutte contre le paludisme dans les priorités nationales</b> .....	<b>18</b>
1.2.1 Programme National de Lutte contre le Paludisme.....	18
1.2.2 Structure organisationnelle de la lutte contre le paludisme.....	18
<b>ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1. Historique de la lutte contre le paludisme</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2. Profil épidémiologique</b> .....	<b>20</b>
2.2.1. Parasites du paludisme .....	20
2.2.2. Répartition géographique des vecteurs .....	20
2.2.3. Inoculation entomologique et comportement des vecteurs.....	21
2.2.4. Situation et tendances de la résistance aux insecticides.....	21
2.2.5. La cartographie de la stratification et du risque du paludisme.....	23
<b>2.3. Morbidité et mortalité</b> .....	<b>24</b>
<b>2.4. Tendances de la mortalité et de la morbidité liées au paludisme en 2011-2015</b> .....	<b>24</b>
<b>2.5. Revue du Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015</b> .....	<b>26</b>
2.5.1. Principaux résultats de la lutte contre le paludisme.....	26
<b>2.6. Défis pour le programme en 2017-2021</b> .....	<b>33</b>
<b>CADRE STRATEGIQUE DU PSN 2017-2021</b> .....	<b>36</b>
<b>3.1. Vision</b> .....	<b>36</b>
<b>3.2. Mission</b> .....	<b>36</b>
<b>3.3. Principes et valeurs</b> .....	<b>36</b>
<b>3.4. Orientations stratégiques et priorités politiques</b> .....	<b>36</b>
<b>3.5. Buts, objectifs et résultats attendus</b> .....	<b>37</b>
3.5.1. But.....	37
3.5.2. Objectifs .....	37
3.5.3. Résultats attendus.....	37
<b>3.6. Principales stratégies et interventions de lutte contre le paludisme</b> .....	<b>38</b>
3.6.1. Coordination et Gestion du programme.....	38
3.6.2. Lutte anti vectorielle (LAL, AID, MILDA) .....	39
3.6.3. Gestion des approvisionnements et des Stocks.....	45
3.6.4. Promotion de la Santé .....	48
3.6.5. Prise en charge du Paludisme .....	50

3.6.5.1. Diagnostic biologique : .....	50
3.6.5.2. Chimio-prévention saisonnière chez l'enfant : .....	52
3.6.5.3. Prévention du paludisme chez la femme enceinte .....	54
3.6.5.4. Pour la prise en charge des cas .....	55
3.6.6. Suivi - Evaluation et Recherche.....	58
3.6.7. Surveillance et Riposte .....	60
<b>CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PSN 2017-2021 .....</b>	<b>61</b>
4.1. Modalités de mise en œuvre du PSN 2017-2021.....	61
4.1.1. Mécanisme de planification et de mise en œuvre .....	61
4.1.2. Système de partenariat et de coordination.....	62
4.1.3. Approvisionnement et système de gestion des achats .....	62
4.1.4. Gestion des ressources financières.....	62
4.1.5. Gestion et atténuation des risques.....	63
4.1.6. Budgétisation du PSN .....	64
4.1.6.1. Résumé du budget .....	64
4.1.6.2. Plan de mobilisation des ressources.....	65
<b>CADRE DE SUIVI ET EVALUATION.....</b>	<b>66</b>
5.1. Cadre de performance .....	66
5.2. Système de gestion des données.....	68
5.3. Mécanismes de suivi des progrès .....	69
5.4. Evaluation des résultats et de l'impact.....	70
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>71</b>
<b>REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>72</b>

## REMERCIEMENTS

## LISTES DES ACRONYMES ET DES ABREVIATIONS

<b>ACT</b>	Combinaison Thérapeutique à base de dérivé d'Artémésinine
<b>AMFm</b>	Affordable Medicine Facility for malaria
<b>AQ</b>	Amodiaquine
<b>AMM</b>	Autorisation de Mise sur le Marché
<b>AOI</b>	Appel d'Offres Internationales
<b>ASC</b>	Agent de Santé Communautaire
<b>BAD</b>	Banque Africaine de Développement
<b>BLU</b>	Bande Latérale Unique
<b>BID</b>	Banque Islamique de Développement
<b>BM</b>	Banque Mondiale
<b>CAP</b>	Comportement Attitudes et Pratiques
<b>CCM</b>	Commission nationale de Coordination du Fonds Mondial
<b>CCC</b>	Communication pour un Changement des Comportements
<b>CDMT</b>	Cadre de Dépense à Moyen Terme
<b>CERMES</b>	Centre de Recherche Médicale et Sanitaire
<b>CFA</b>	Communauté Financière Africaine
<b>CHR</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>CNS</b>	Consultation Nourrisson Sain
<b>CNSS</b>	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>COGES</b>	Comité de Gestion
<b>COMPACT</b>	Protocole d'accord entre le Gouvernement de la République du Niger et les Partenaires Techniques et Financiers
<b>COSAN</b>	Comité de Santé
<b>CREC</b>	Centre de Recherche Entomologique de Cotonou
<b>CRN</b>	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle
<b>CRS</b>	Catholic Relief Services
<b>CS</b>	Case de Santé
<b>CSE</b>	Centre de la Surveillance Epidémiologique
<b>CSI</b>	Centres de Santé Intégrés
<b>CEDEAO</b>	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
<b>CIP</b>	Communication Interpersonnelle
<b>CPN</b>	Consultation prénatale
<b>CS</b>	Centre de Santé
<b>CU</b>	Couverture Universelle
<b>DANSE</b>	Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de Survie de l'enfant
<b>DDT</b>	Dichloro-Diphényl-Trichloro-Ethane
<b>DEP</b>	Direction des Etudes et de la Planification
<b>DGSP</b>	Direction Générale de la Santé Publique
<b>DIEM</b>	Direction des Infrastructures, de l'Equipement et du Matériel
<b>DPHL/MT</b>	Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle
<b>DRSP</b>	Direction Régionale de la Santé Publique
<b>DS</b>	District Sanitaire
<b>DSBE</b>	Degré de Satisfaction des Besoins Essentiels
<b>DSME</b>	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
<b>DSS/RE</b>	Direction des Statistiques, de la Surveillance et de la Riposte aux Epidémies
<b>DI/DSE</b>	Division de l'immunisation/Division de la Surveillance Epidémiologique
<b>DLM</b>	Division de Lutte contre la Maladie

<b>DPM</b>	Direction de la Prévention Médicale
<b>DHP</b>	Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique
<b>DLSI</b>	Division de la Lutte contre le SIDA
<b>DPL</b>	Direction des Pharmacies et Laboratoires
<b>DS</b>	Direction de la Santé
<b>DSSP</b>	Division des Soins de Santé Primaires
<b>DSDOM</b>	Dispensateur de soins à domicile
<b>DSR</b>	Division de la Santé de la Reproduction
<b>DSRP</b>	Document de Stratégie de la Réduction de la Pauvreté
<b>DRH</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>FMSTP</b>	Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
<b>FRP</b>	Faire Reculer le Paludisme
<b>EPS</b>	Education Pour la Santé
<b>EC</b>	Concentré Emulsionnable
<b>ECD</b>	Equipe Cadre de District
<b>EDSN</b>	Enquête Démographique et de Santé du Niger
<b>EDSN/MICS</b>	Enquête démographique et de santé et à Indicateurs multiples
<b>ENP</b>	Enquête Nationale sur le Paludisme
<b>EPA</b>	Etablissement Public à caractère Administratif
<b>Etc</b>	et ceterae (Et tout le reste, et ainsi de suite.)
<b>FIFO</b>	First In First Out
<b>FM</b>	Fonds Mondial
<b>FRP</b>	Faire Reculer le Paludisme
<b>A. gambiae</b>	Anopheles gambiae
<b>GAS</b>	Gestion des Approvisionnements et des Stocks
<b>GAVI</b>	Alliance Mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation
<b>GRH</b>	Gestion des Ressources Humaines
<b>GE</b>	Goutte Epaisse
<b>GMAP</b>	Global Action Plan
<b>HD</b>	Hôpital de District
<b>HNN</b>	Hôpital National de Niamey
<b>IBC</b>	Interventions à base Communautaire
<b>ICP</b>	Infirmier Chef de Poste
<b>IEC /CCC</b>	Information, Education, Communication/communication pour un changement de comportement
<b>ISF</b>	Indice Synthétique de Fécondité
<b>JICA</b>	Japan International Cooperation Agency
<b>Kdr</b>	Knock down resistant
<b>Kg</b>	Kilogramme
<b>Km<sup>2</sup></b>	Kilomètre carré
<b>LAL</b>	Lutte anti Larvaire
<b>LANSPEX</b>	Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise
<b>LASDEL</b>	Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiquessociales et le développement local
<b>LIFO</b>	Last In First Out
<b>LIV</b>	Lutte Intégrée des Vecteurs
<b>LAP</b>	Lutte antipaludique
<b>LAV</b>	Lutte AntiVectorielle
<b>m</b>	Mètre
<b>mm</b>	Millimètre

<b>m3</b>	Mètre Cube
<b>MEG</b>	Médicaments Essentiels Génériques
<b>MCD</b>	Médecin - Chef de District
<b>MESS</b>	Monitoring and Evaluation Strengthening System tool
<b>MII</b>	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
<b>MILDA</b>	Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action
<b>MIM</b>	Initiative Multilatérale sur le Paludisme en Afrique
<b>MICS</b>	Enquête par grappe à indicateurs multiples
<b>MIS</b>	Enquête sur les indicateurs du paludisme
<b>Mn</b>	Minutes
<b>MRTC</b>	Malaria Research and Training Center
<b>MSP</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>NTIC</b>	Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
<b>OCB</b>	Organisation Communautaire de Base
<b>OMD</b>	Objectif du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>OMD 8</b>	Objectif Millénaire du Développement N° 8
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>ONPPC</b>	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
<b>OOAS</b>	Organisation Ouest Africaine de la Santé
<b>PECADOM</b>	Prise en Charge à Domicile
<b>PEC</b>	Prise En Charge
<b>PEV</b>	Programme Elargi de Vaccination
<b>PMA</b>	Paquets Minimum d'Activités
<b>PNA</b>	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PNLP</b>	Programme National de Lutte contre le Paludisme
<b>PNT</b>	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
<b>PPN</b>	Politique Pharmaceutique Nationale
<b>PPS</b>	Points de prestation
<b>PRA</b>	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
<b>PRDS</b>	Plan Régional de Développement Sanitaire
<b>PS</b>	Poste de Santé
<b>P. malariae</b>	Plasmodium Malariae
<b>P. falciparum</b>	Plasmodium falciparum
<b>PAA</b>	Plan d'Action Annuel
<b>PDS</b>	Plan de Développement Sanitaire
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PID</b>	Pulvérisation Intra Domiciliaire
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PPN</b>	Politique Pharmaceutique Nationale
<b>PPPS</b>	Premier Périmé Premier Sorti
<b>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>PTQ</b>	Plan de Travail Quinquennal
<b>PVVIH</b>	Personnes Vivant avec le VIH
<b>QUIBB</b>	Questionnaire Unifié des Indicateurs de Bien-être de Base
<b>R3</b>	Round 3
<b>R4</b>	Round 4

<b>R5</b>	Round 5
<b>R7</b>	Round 7
<b>RA</b>	Recherche Action
<b>RCom</b>	Relai Communautaire
<b>RGP/H</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>RH</b>	Ressources Humaines
<b>RPP</b>	Revue des Programmes du Paludisme
<b>RS</b>	Recherche Scientifique
<b>RBM</b>	Roll Back Malaria
<b>RM</b>	Région Médicale
<b>RO</b>	Recherche Opérationnelle
<b>RPP MPR</b>	Revue du Programme Paludisme /-Malaria ProgrammReview
<b>SE</b>	Suivi Evaluation
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immuno Déficience Acquisse
<b>SMS</b>	Short Message System
<b>SNU</b>	Système des Nations Unies
<b>SPIS</b>	Service Programmation et Informations Sanitaires
<b>SRP</b>	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
<b>SLAP</b>	Section de Lutte Anti-Parasitaire
<b>SNEIPS</b>	Service National de l'Education et de l'Information Pour la Santé
<b>SNIS</b>	Service National de l'Information Sanitaire
<b>SP</b>	SulfadoxinePyriméthamine
<b>SIMR</b>	Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte
<b>SSP</b>	Soins de Santé Primaires
<b>TDO</b>	Traitement Directement Observé
<b>TPI</b>	Traitement Préventif Intermittent
<b>TDR</b>	Test de Diagnostic Rapide
<b>UEMOA</b>	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
<b>UNICEF</b>	Fonds de Nations Unies pour L'Enfance
<b>US\$</b>	Dollar Américain
<b>USAID</b>	Agence Internationale pour le Développement / Etat Unis d'Amérique
<b>WARN</b>	West Africa Roll Back Malaria Network
<b>WHOPES</b>	World healthOrganization Pesticides Evaluation Scheme



## LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1 : Répartition géographique des vecteurs du paludisme au Niger, 2013 - 2014.....	19
Tableau 2 : Stratification et populations à risque de paludisme par strate au Niger.....	22
Tableau 3 : Evolution des cas et des décès liés au paludisme présumé par tranche d'âge 2011- 2015.....	23
Tableau 4 : Evolution des indicateurs du cadre de Performance 2011 à 2015.....	27
Tableau 5 : Evolution des indicateurs de résultats de la prise en charge des cas.....	27
Tableau 6 : Couverture de la CPS de 2013 à 2016 au Niger.....	28
Tableau 7 : Couverture en routine des MILDA chez les femmes enceintes .....	31
Tableau 8 : Nombre de personnes ayant bénéficiés des activités IEC/CCC.....	31
Tableau 9 : Résumer du budget GP.....	38
Tableau 10 : Résumer du budget LAV par intervention.....	44
Tableau 11 : Résumer du budget GAS.....	47
Tableau 12 : Résumer du budget Promotion de la Sante.....	50
Tableau13 : Répartition du budget par Domaine.....	63
Tableau14 : Cadre de performance du plan stratégique 2017-2021.....	65

### Liste des figures

Figure 1 : carte de distribution des espèces vectrices du complexe <i>An. gambiae s.l</i> .au Niger.....	20
Figure 2 : La fréquence de la mutation Kdr dans les sites sentinelles de l'étude au Niger de 2013 à 2014.....	21
Figure 3 : La fréquence de la mutation Ace- 1 dans les sites sentinelles de l'étude au Niger de 2013 à 2014.....	22
Figure 4: Evolution de l'incidence du paludisme présumé dans la population générale, chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans de 2011 à 2015 au Niger.....	23
Figure 5 : Incidence du paludisme confirmé de 2011 a 2015.....	24
Figure 6 : Incidence du paludisme grave de 2011 a 2015.....	24
Figure 7 : Incidence des décès liées au paludisme chez les hospitalisés de 2011 a 2015 .....	25
Figure 8 : Létalité hospitalière attribuable au paludisme de 2011 a 2015.....	25
Figure 9 : Evolution de la couverture en TPI2 de 2011 à 2015.....	30
Figure10 : Répartition du budget par année.....	62
Figure11 : Proportion des montants/budgets en fcfa par domaine.....	63

## INTRODUCTION

Le paludisme reste un problème majeur de santé publique au Niger. Au cours des cinq (5) dernières années il a été enregistré en moyenne 3 260 838 cas présumés de paludisme par an, soit un taux d'incidence cumulée de 17 599 cas pour 100 000 habitants. La moyenne annuelle de décès est de 2 228 cas, soit un taux de létalité de 0,1 %. Les enfants de moins de 5 ans portent environ plus de la moitié de la charge de morbidité (62,43%) et environ 3/4 de celle de la mortalité liée au paludisme dans le pays (74,65%) entre 2014 et 2015. Ces chiffres ne reflètent pas la situation réelle du pays vue la faible couverture sanitaire (48,47 % en 2015) et le nombre de cas qui échappent à la notification au niveau communautaire.

Entre 2011 et 2015, les dépenses liées au paludisme s'élevaient à 42 milliards de CFA soit un taux d'absorption de 81 %.

Le Niger a souscrit aux engagements internationaux de la lutte contre le paludisme par son adhésion au plus haut niveau à l'Initiative Roll Back Malaria (RBM) en 1998. Le pays a pris part à la réunion des Chefs d'Etat et de Gouvernement en avril 2000 et mai 2006 qui a souscrit aux Déclarations et Plans d'action dit d'Abuja. Parmi les principales recommandations de ces deux réunions il importe de noter l'instauration de la Journée Africaine du Paludisme le 25 avril de chaque année, devenue Journée Mondiale du Paludisme (JMP), et l'engagement des pays dans la mise en œuvre de l'accès universel aux interventions majeures de prévention et de lutte contre le paludisme.

Le Niger a aussi souscrit en 2011 à la résolution de la soixante-quatrième Assemblée Mondiale de la Santé portant sur l'intensification de la lutte antipaludique en accordant au paludisme une place prioritaire dans les programmes et politiques de développement, et en soutenant les engagements financiers nationaux afin d'accélérer la mise en œuvre des politiques et des stratégies recommandées par l'OMS. La volonté politique et l'engagement des hautes autorités du Niger ont été renforcés par l'inscription en 2012 d'une ligne budgétaire destinée à l'achat des intrants antipaludiques (moustiquaires, TDR, médicaments antipaludiques).

La planification actuelle de la lutte contre le paludisme intervient après la revue finale du plan stratégique de 3<sup>ème</sup> génération 2011-2015 et prend en compte les recommandations issues de cette revue. Ce plan s'inscrit dans le cadre des plans de lutte contre le paludisme pour l'accélération de la mise en œuvre à l'échelle d'interventions efficaces dans la perspective de son élimination en 2025. L'élaboration de ce plan stratégique s'est effectuée à travers un processus participatif ayant impliqué tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le paludisme sous la supervision d'un comité technique de coordination.

Les travaux ont été effectués en commission et en plénière sur la base des documents référentiels dont le PDS 2017-2021, le PDES 2012-2015, les différents rapports de progrès du programme, le document de la revue, les résultats des études, le plan de communication, le plan de suivi et de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides, les différents annuaires statistiques sanitaires.

Tous les ans des plans d'action annuels seront élaborés avec la prise en compte des actions prioritaires du plan stratégique bénéficiant d'un financement du Gouvernement et des partenaires au développement.

## CONTEXTE

### 1.1 Profil du pays

#### 1.1.1 Situation géographique

Le Niger est un pays enclavé, situé en Afrique de l'Ouest. Il est situé entre 11° 37 et 23° de latitude nord et entre le méridien de Greenwich et 16° de longitude est, à 700 km au nord du Golfe de Guinée, à 1 900 km à l'est de la côte Atlantique et à 1 200 km au sud de la Méditerranée avec une superficie de 1 266 491<sup>1</sup> km<sup>2</sup>. Il est limité à l'Est par le Tchad, à l'Ouest par le Mali et le Burkina Faso, au Nord par l'Algérie et la Lybie et au Sud par le Nigéria et le Bénin. Les trois quarts du pays sont désertiques et le quart restant est constitué d'une zone sahélo-soudanienne dans la partie Sud. Le principal cours d'eau permanent est le fleuve Niger qui traverse le pays à l'extrême Ouest sur 550 km.

Sur le plan administratif, le Niger compte 8 régions, 63 départements et 266 communes. Les Collectivités territoriales (Région, commune) constituent des entités autonomes dotées de la personnalité juridique, des compétences et des ressources propres. Elles sont gérées par des organes élus en vertu des principes fondamentaux de la libre administration. La Région et la Commune sont aujourd'hui opérationnelles avec des Conseils régionaux, des villes et Municipaux en place.

Le Niger est composé de neuf (9) groupes ethniques qui sont : l'Arabe, le Boudouma, le Djerma-Songhaï, le Gourmantché, le Haoussa, le Kanouri, le Peul, le Touareg et le Toubou.

#### 1.1.2 Système socio-politique

L'administration territoriale basée sur la décentralisation est organisée en régions, départements, communes urbaines et rurales. Ainsi, le pays est subdivisé en 8 régions, 36 départements, 265 communes et 12700 villages.

Depuis son indépendance en 1960, le Niger a connu plusieurs constitutions entre la fin de 1990 et juillet 1999 et qui ont permis d'instaurer le multipartisme dans le pays. La 7ème République a été proclamée le jeudi 7 avril 2011 après des élections organisées en mars et avril 2011 reconnues libres et transparentes par les différents observateurs. Chaque entité administrative est dirigée par un responsable nommé ou élu :

- Un Gouverneur pour la Région ;
- Un Préfet pour le Département ;
- Un Maire pour la Commune.

Les collectivités territoriales (région, département, commune) constituent des entités autonomes dotées de la personnalité juridique, de compétences et de ressources propres. Elles sont gérées par

---

<sup>1</sup> Arrêt du 16 avril 2013 de la Cour Internationale de Justice de la Haye

des organes élus, en vertu des principes fondamentaux de la libre administration (Loi 2002-12 du 11 juin 2002). Seule la Commune, collectivité la plus proche des citoyens, est aujourd'hui opérationnelle. Elle est considérée comme l'entité la plus apte à assurer les services publics de proximité qui ne relèvent pas de l'Etat, de la région ou du département.

Le Plan de Développement Economique et Social (PDES) vise à promouvoir le bien-être économique, social et culturel de la population. En matière de santé publique, l'objectif est d'offrir des soins et services de qualité à la population en particulier au niveau des groupes vulnérables, dans le respect des normes internationales par :

- L'extension de la couverture sanitaire ;
- Le développement des services de la santé de la reproduction ;
- La dotation des structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins ;
- La disponibilité permanente en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés ;
- l'intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée;
- le renforcement de la gouvernance et de l'éthique à tous les niveaux du système de santé ;
- Le développement des mécanismes de financement du secteur de la santé ;
- la promotion de la recherche en santé ;
- la promotion de la santé à l'échelle communautaire.

L'organigramme administratif du Ministère de la Santé place le PNLP sous la tutelle du Secrétariat Général et de la Direction des Etudes et de la Programmation (DEP).

La gestion du PNLP est sous la responsabilité d'un Coordonnateur National, assisté d'une équipe pluridisciplinaire.

La mission de la Coordination du PNLP est de :

- Définir la politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- Elaborer les plans stratégiques et opérationnels appropriés ;
- Développer un partenariat pour une mobilisation financière et sociale en faveur de la lutte contre le paludisme ;
- Organiser la lutte, coordonner les activités et assurer le suivi et l'évaluation des plans mis en œuvre ;
- Mener en collaboration avec les institutions de recherche, l'université et certains partenaires techniques, des recherches opérationnelles dans le domaine de la lutte contre le paludisme.

Pour mener à bien la lutte contre le paludisme au Niger un système national de coordination a été mis en place au niveau central ainsi que des coordinations régionales et des points focaux au niveau des districts.

### **1.1.3 Situation démographique**

La population estimée à 17 798 568 habitants en 2013 selon le RGP/H 2012 dont 8 461 444 hommes (49,4%) et 8 667 632 femmes (50,6%) soit un ratio Homme/Femme de 0,98 en 2012 contre 9 137 492 Hommes et 9 359 455 de Femmes soit un ratio Homme/Femme de 0,97 en 2014. Plus de 75 % de la population vivent sur moins de 40 % du territoire national ; environ 15 % est nomade (PDS 2011-2015), 83 % vit en zone rurale et 17% en milieu urbain avec une densité moyenne de 13,5 habitants/Km<sup>2</sup> en 2012 et des disparités importantes entre les différentes (8) régions du pays.

L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) reste très élevé, de l'ordre de 7,6 enfants/femme et constitue une préoccupation majeure pour la santé des femmes et des enfants. Il induit un taux d'accroissement intercensitaire de 3,9 % pour la période 2001-2012 contre 3,3 % pour la période 1988-2001, un des plus élevés du monde, avec une augmentation annuelle de la population dépassant souvent le taux de croissance économique et renforçant la paupérisation du pays.

### **1.1.4 Écosystème, Environnement et Climat**

Le territoire du Niger est constitué à 80 % du Sahara et du Sahel. Seule une bande au sud du pays est verte. Le désert progresse de 200 000 hectares chaque année. Les programmes gouvernementaux de reforestation se heurtent aux fréquentes sècheresses.

Grâce au collectif de régénération naturelle gérée par les agriculteurs, plus de 5 millions d'hectares de terres au Niger présentent aujourd'hui des signes de régénération de la végétation en 2005 par rapport aux années 1970. La dégradation des terres a été nettement réduite, l'érosion diminuée, la fertilité augmentée et la productivité agricole améliorée de façon spectaculaire. Situé dans une des régions les plus chaudes et les plus ensoleillées de la Terre, le Niger est doté d'un climat essentiellement désertique et extrêmement sec. Le climat est caractérisé par trois saisons : chaude (de mars à mai), pluvieuse (de juin à septembre) et froide (d'octobre à février).

Le pays présente du Sud au Nord trois zones géo-climatiques:

- la zone soudanienne limitée au Nord par une ligne allant de 15° de latitude Ouest à un peu moins de 14° Est. C'est la partie du pays la plus arrosée avec environ 600 mm d'eau par an. L'humidité est accrue dans sa partie Sud-ouest qui reçoit jusqu'à 800 mm de pluie par an. Zone à vocation agricole, elle connaît à côté d'une végétation arbustive assez abondante, des cultures de mil, de sorgho, d'arachide et de niébé.
- La zone sahélienne au Centre reçoit de 200 à 500 mm de pluie par an. C'est la zone de prédilection de l'élevage. L'humidité diminue dans sa partie Nord Est.
- L'immense zone saharienne, au Nord, recouvre tout le reste du pays. La végétation épineuse et le tapis herbacé y deviennent de plus en plus rares, au fur et à mesure qu'on avance vers le Nord.

La température est en moyenne de 28°C avec des extrêmes de grandes chaleurs le jour et de basses températures la nuit avec une variation en fonction des saisons :

- Pendant la saison fraîche (octobre à février), les températures sont basses et peuvent atteindre 30°C avec un trimestre plus frais (décembre à février) où les températures sont de l'ordre de 10°C ;

- Pendant la saison chaude (mars à mai), les températures moyennes dépassent les 40°C.

Le réseau hydrographique est constitué du fleuve Niger à l'extrême Ouest du pays sur une distance d'environ 550 km, du Lac Tchad au sud-est et de la Komadougou Yobé qui délimite à l'extrême Est du pays, une frontière naturelle avec le Nigeria sur une distance de 150 Km. Il faut noter également l'existence d'environ 150 mares permanentes et semi-permanentes dans le sud et le centre du pays. Les potentialités en eaux de surface, souterraines et de ruissellement sont importantes totalisant un volume moyen annuel de 34 milliards de m<sup>3</sup> d'eau. En plus, on observe 100 millions de m<sup>3</sup> d'eau par an retenus artificiellement au niveau d'une vingtaine de mini barrages.

Au Niger, 96% de la production agricole reposent sur les cultures pluviales soumises aux aléas climatiques. Il existe environ 60 aménagements hydro agricoles couvrant plus de 13 500 ha dans la zone du fleuve. On note aussi la pratique de jardinage et des cultures maraîchères dans les oasis et au niveau des points d'eaux créés dans les cités minières de la zone nord. Les cultures de contre saison sont fréquentes dans plusieurs endroits du pays pouvant favoriser de microclimats propices au développement des vecteurs du Paludisme.

### **1.1.5 Situation socio-économique**

La République du Niger est l'un des pays les plus pauvres du monde, avec 80% de la population disposant de moins de 2\$ U.S par jour. Le PIB était de 3 659,6 milliards de FCFA (7,3 milliards d'US\$) en 2013, soit 205 600 FCFA (411 US \$) par habitant/an, avec une économie reposant principalement sur le secteur agro-pastoral et les services administratifs<sup>2</sup>. Le secteur minier sur qui reposent des espoirs, ne participe actuellement qu'à 4 % de la richesse nationale produite<sup>3</sup>.

Le taux d'analphabétisme est un des plus élevés de la sous-région atteignant 71% de la population et un taux de scolarisation dans le primaire de 89,5% chez les garçons et de 74,7% chez les filles en 2012-2013<sup>4</sup>. L'indice de développement humain reste encore faible à 0,348 en 2015. Les indicateurs sociaux du pays figurent parmi les moins performants de la sous-région : (i) moins de la moitié (47,87% en 2013) de la population a accès aux centres de santé dans un rayon de 0-5 km, (ii) le taux brut de scolarisation est de 79,2% en 2012 et 82% en 2013, (iii) la proportion de la population consommant de l'eau provenant d'une source améliorée est de 97 % à Niamey, 96,7% dans les autres villes et 60,5 % en milieu rural, (iv) la couverture des ménages en électricité reste encore faible (14% en 2012 contre 9% en 2006) avec des disparités entre le milieu rural (38 %) et le milieu urbain (95 %) <sup>5</sup>.

### **1.1.6 Analyse du système de santé**

#### **1.1.6.1. Gouvernance**

---

<sup>2</sup>INS, Le Niger en chiffres 2014

<sup>3</sup>PDS 2011-2015

<sup>4</sup>Ibid.3

<sup>5</sup>EDSN MICS 4 de 2012

Un certain nombre des problèmes persistent. Il s'agit : du cycle de planification sectorielle de 5 ans qui est très court. Dans le même temps, on constate que certains plans sous-sectoriels ont un cycle de planification de 10 ans. On note également une absence de cohérence entre les Plans de Développement des DS et les Plans de Développement des communes ; de la décentralisation qui avance lentement, ce qui bloque la mise en œuvre d'un certain nombre d'options telle que la régionalisation des postes budgétaires pour les ressources humaines ; L'incomplétude et la composition des ECD ne répondent pas aux exigences de gestion du district ; de l'insuffisance dans la fonctionnalité de la participation communautaire ; de l'Inspection Générale des Services qui fait face à un problème d'insuffisance des ressources humaines et matérielles pour réaliser sa mission. En plus, les recommandations de l'IGS ne sont que très peu mises en œuvre ; du secteur privé de la santé qui n'est pas suffisamment régulé ; de l'absence d'une carte sanitaire.

### **1.1.6.2. Gestion des Ressources Humaines pour la santé**

De l'analyse il ressort : i) L'insuffisance quantitative des ressources humaines pour la santé dont la densité n'atteint pas la norme basse de l'OMS ; ii) L'insuffisance dans la formation de base et la formation en cours d'emploi. La formation continue, elle est marquée par une fragmentation de fois induite par les besoins spécifiques des programmes verticaux; iii) La répartition inéquitable du personnel entre le milieu urbain (76%) et le milieu rural (24%) ; iv) Les stratégies mises en place pour la rétention du personnel en zones rurales ne sont pas efficaces ; v) L'insuffisance dans la gestion prévisionnelle du personnel liée à l'absence des outils de gestion tel que la cadre organique ; vi) L'insuffisance dans l'application des descriptions de postes/profils.

Le grand défi auquel le MSP fait face dans la gestion des ressources humaines pour la santé est la politisation de la gestion de ces dernières.

### **1.1.6.3. Médicament et produits essentiels, équipements et technologie**

La DPH/MT a en charge la formulation et le suivi de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique : l'administration du secteur pharmaceutique, la réglementation, la pharmacovigilance, la fixation des normes et standards, l'exercice de la tutelle des EPIC et la promotion de la Médecine Traditionnelle.

L'ONPPC est l'organe chargé de l'approvisionnement, du stockage et de la distribution des MEG. Cette distribution se fait à travers trois dépôts de zones, de quarante-quatre (44) Pharmacies Populaires (dont 30 sont à implantés dans les nouveaux départements). Seize (16) centrales d'achats, cent cinquante (150) pharmacies privées et quatre-vingt-neuf (89) dépôts communautaires et villageois complètent la chaîne du Pays.

La SONIPHAR a pour mission d'assurer la production locale et la distribution des médicaments.

Le LANSPEX a pour mission le contrôle de qualité des médicaments, des aliments, des eaux, des produits phytosanitaires, la formation et la recherche.

Le fonctionnement de ces trois structures est interdépendant. Les performances et/ou les contre-performances de l'un entraîne celles des autres.

La situation du secteur du médicament et produits essentiels, équipements et technologies est caractérisée par : i) La Politique Pharmaceutique datant de plus de 30 ans, ne prend pas en compte

le développement et les défis récents du secteur du médicament ; ii) Les textes qui régulent le secteur pharmaceutique ne sont appliqués que très timidement ; iii)

L'ONPPC n'arrive plus à assurer sa mission qui consiste à approvisionner le pays en médicaments pour les formations sanitaires. La production locale des médicaments est très faible. La qualité des médicaments en circulation n'est pas assurée ; iv) Les ruptures de stocks des médicaments sont de plus en plus fréquentes dans les formations sanitaires ; v) La vente illicite des médicaments et la circulation des médicaments contre faits deviennent de plus en plus importantes ; vi) Moins de la moitié des formations sanitaires (31%) disposent de l'ensemble d'équipements essentiels ; vii) Un système de laboratoire peu performant.

#### **1.1.6.4. Système d'information sanitaire et recherche en santé**

La principale insuffisance du système d'information sanitaire du Niger est son éclatement en sous-systèmes (fragmentation du SNIS), avec comme corollaire la surcharge de travail et ses répercussions négatives sur la promptitude et la qualité des données. La recherche en santé quant à elle, reste assez marginale et insuffisamment intégrée au développement du secteur.

#### **1.1.6.5. Couverture sanitaire**

L'extension de la couverture sanitaire à travers la création et la réhabilitation de Points de Prestations de Services accessibles et disponibles, offrant des soins de qualité, est l'une des grandes priorités de la politique sanitaire du Niger ; la mise en œuvre des différents plans quinquennaux de développement sanitaire PDS ont permis de porter la couverture sanitaire à 48,47% en 2015 selon les résultats de la revue annuelle sectorielle. En 2015, on constate que la carte sanitaire, déjà prévue dans les plans précédents, est toujours en cours d'élaboration. Le nombre de Centres de Santé Intégrés (CSI) construits et celui des cases de santé transformés en CSI est de 99 pour la période allant de 2011 à 2015. Théoriquement, avec 99 CSI en plus de 2011 à 2015, on aurait gagné 5,6 points sur la couverture sanitaire. Cependant, la plupart des CSI créés l'ont été dans des aires de santé où existaient déjà d'autres CSI, ce qui ne permet pas d'étendre la couverture sanitaire. La deuxième raison qui pourrait expliquer les progrès insuffisants réalisés est la croissance démographique.

En conséquence, plus de la moitié de la population du Niger doit parcourir plus de 5 kilomètres pour avoir accès aux services de santé de base. Niamey la capitale du pays a un taux de couverture sanitaire de 98,39% du fait de la concentration des services de santé (public et privé) dans un rayon réduit. La région d'Agadez vient en deuxième position (67,07%) du fait que la région est désertique en grande partie, et que la partie désertique n'est pas habitée. La population est concentrée dans un espace réduit où existe assez de CSI. Les autres régions ont une couverture qui varie entre 37,66 (Zinder) et 46,82% (Tahoua).

L'inexistence de la carte sanitaire n'a pas aidé dans la régulation de l'implantation des formations médicales privées à but lucratif et non lucratif qui, finalement se sont concentrées dans les centres urbains, sans respecter les normes en termes de distance par rapport aux structures existantes.

Pour réduire les problèmes d'équité qui se posent au niveau périphérique et assurer la couverture des populations situées au-delà d'un rayon de 5 km d'un CSI, le Gouvernement avec l'appui de



ses partenaires a entrepris un certain nombre des réformes parmi lesquels on peut citer : (i) la transformation des CS en CSI, (ii) la poursuite de la gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans et des femmes, (iii) l'affectation de médecins dans les CSI, (iv) le redécoupage des DS de plus de 500 000 habitants, (v) l'actualisation des normes et standards, (vi) l'élaboration de la carte sanitaire nationale, (vii) la déconcentration dans le secteur, (viii) l'élaboration en 2012 de la stratégie nationale d'interventions intégrées à assises communautaires, (ix) le renforcement de la mise en œuvre de certaines prestations de soins en stratégie avancée , mobile et foraines , (x) la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge intégrée des cas chez les moins de 5 ans en communauté. Un plan national de mise à échelle de cette stratégie est actuellement en cours d'élaboration.

#### **1.1.6.5. Disponibilité, qualité et capacité opérationnelle des services**

Les résultats de l'enquête SARA 2015 réalisée dans les formations sanitaires publiques et privées, montrent une bonne disponibilité des services de santé de la reproduction tels que la planification familiale (PF) et les consultations prénatales (CPN). En effet, on note que 96% des formations sanitaires du pays disposent des services de PF dont 100% en milieu rural et 84% en milieu urbain. Les services des CPN sont disponibles dans 93% des formations sanitaires du pays dont 100% en milieu rural et 73% en milieu urbain. Les services d'accouchement sont disponibles dans 89% des formations sanitaires du pays. Par contre, on note que les soins néonataux ne sont disponibles que dans 34% des formations sanitaires du pays. Cette situation pourrait bien expliquer la stagnation observée dans l'évolution de la mortalité néonatale qui n'a baissé que de 41% passant de 38‰ à 24‰ alors que la mortalité infanto-juvénile a baissé de 53% au cours de la même période.

Les services qui offrent les soins préventifs et curatifs de l'enfant sont disponibles dans 98% de l'ensemble des formations médicales du pays.

Les goulots d'étranglements sont au niveau des ressources humaines et de la disponibilité des intrants. En ce qui concerne les soins préventifs et curatifs de l'enfant, on note que la proportion du personnel formé sur la surveillance de la croissance et en PCIME est respectivement de 46% et 52%. Cette situation montre qu'il se pose encore de gros problèmes de qualité des soins qui sont offerts aux femmes, aux enfants, aux nouveaux nés et aux adolescents.

Environ 99% des formations sanitaires offrent des services de traitement et de diagnostic de paludisme. Le diagnostic du paludisme par test de diagnostic se fait dans 91% des formations sanitaires. La proportion des formations sanitaires qui offrent des services de traitement préventif intermittent de lutte contre le paludisme est de 74%. Elle est de 76% en milieu rural et de 70% en milieu urbain. La capacité opérationnelle des formations sanitaires dans la lutte contre le paludisme est de 68%. Cependant, seuls 6% des formations sanitaires disposaient au moment de l'enquête de l'ensemble des éléments traceurs retenus pour cette enquête.

### **1.1.6.6. Financement de la santé**

Les points faibles suivants méritent une attention particulière é en vue d'une couverture universelle en soins et services de santé de qualité: i) Le financement de la santé reste insuffisant par rapport aux recommandations de la commission macro-économie et santé de l'OMS (44 \$US /habitant/an) ; ii) La part du budget de l'Etat consacré à la santé qui n'a pas atteint les 10% relatifs aux engagements du Gouvernement par rapport à la précédente PNS et moins encore les 15% d'engagement des chefs d'Eta à Abuja ; iii) La part du paiement directe des ménages dans la dépense de santé est en pleine augmentation. Elle est passée de 34% en 2003 à 54,91% en 2014 ; iv) La part des collectivités dans le financement de la santé n'a pas dépassé 1% ; v) La consommation des crédits budgétaires liés aux investissements qui est très faible (54,73% en 2014) ; vi) Les financements innovants ne bénéficient pas encore assez au secteur de la santé.

## **1.2 Place de la lutte contre le paludisme dans les priorités nationales**

### **1.2.1 Programme National de Lutte contre le Paludisme**

La lutte contre le paludisme est une priorité dans la réforme du secteur de la santé et fait partie du système de santé et de la décentralisation des Soins de Santé Primaires. Il existe une politique nationale de lutte contre le paludisme au Niger. Les directives de cette politique sont mises à jour et conformes aux politiques et directives de l'OMS et sont également adaptées au contexte local/national.

### **1.2.2 Structure organisationnelle de la lutte contre le paludisme**

L'organigramme administratif du Ministère de la Santé place le PNLP sous la tutelle de la Direction des Etudes et de la Programmation (DEP). La gestion du PNLP est sous la responsabilité d'un (e) Coordonnateur (trice) National(e), assisté d'une équipe pluridisciplinaire.

Pour mener à bien la lutte contre le paludisme au Niger un système national de coordination a été mis en place au niveau central ainsi que des coordinations régionales et des points focaux au niveau des districts.

Le PNLP est chargé au niveau du MSP de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Le Programme National de la Lutte contre le Paludisme dispose des structures nécessaires pour la gestion des différentes interventions de lutte antipaludiques, mais on peut noter toutefois l'absence d'unités spécifiques pour le système de pharmacovigilance et le niveau communautaire. L'organigramme administratif du Ministère de la Santé place le PNLP sous la tutelle de la Direction Générale de la Santé Publique et de la Direction de la Lutte contre les Maladies et les Endémies (Voir organigramme en annexe)

Les missions assignées au PNLP sont :

- Définir la Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme ;
- Elaborer les plans stratégiques et opérationnels appropriés ;
- Développer un partenariat pour une mobilisation financière et sociale en faveur de la lutte contre le paludisme ;

- Organiser la lutte, coordonner les activités et assurer le suivi et l'évaluation des plans mis en œuvre;
- Mener en collaboration avec les institutions de recherche, l'université et certains partenaires techniques, des recherches opérationnelles dans le domaine de la lutte contre le paludisme.

Le personnel de la coordination du PNLP compte en 2015 environ 56 agents dont le profil est variable, avec 31 cadres et le reste du personnel d'appui.

En plus de l'équipe centrale du PNLP, il existe 8 coordonnateurs régionaux (points focaux du paludisme) et deux experts (OMS, USAID) qui apportent un appui technique permanent.

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme est composé d'une coordination avec des unités techniques (voir organigramme en annexe).

## **ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME**

### **2.1. Historique de la lutte contre le paludisme**

Jusqu'en 1961 La lutte antipaludique se résumait au traitement des cas, à la chimio prophylaxie de masse à la chloroquine et à la lutte anti vectorielle. Une enquête de l'OCCGE (de 1962 à 1965, ) a permis d'évaluer l'endémie palustre et de faire la situation sur les vecteurs existants.

Il faut attendre 1983 pour que le premier séminaire national sur le Paludisme ai eu lieu (Maradi). Une année plus tard, en 1984, le Programme National de Lutte contre le Paludisme a été créé. Dans les années qui ont suivies, un plan quinquennal a été adopté (1987). A la fin du premier plan il y a eu une période de transition au cours de laquelle un second plan septennal 1994-2000 a été élaboré.

C'est à la suite du 33<sup>ème</sup> sommet de l'OUA, tenu en juin 1997 à Harare, que les Chefs d'Etat et de Gouvernement ont manifesté leur volonté de combattre le Paludisme que le Niger a inscrit parmi ses priorités nationales la lutte contre le Paludisme; ceci s'est notamment traduit par la lettre personnelle d'engagement du Président de la République dans l'Initiative "Faire Reculer le Paludisme" adressée à la Directrice Générale de l'OMS en février 1999 et la lettre d'intention du Ministre de la Santé en mars 1999.

Le pays a ensuite élaboré avec l'appui de l'OMS un plan d'introduction de RBM en juillet 1999.

Les Sommets d'Abuja des Chefs d'Etats et de Gouvernements africains sur le Paludisme tenu le 25 avril 2000 constitue un tournant important dans la lutte contre le Paludisme en Afrique avec l'adoption de la Déclaration et du Plan d'action 2001-2005.

Il importe de noter dans ce cadre que l'accès aux financements du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme dès 2003 (Rounds R3, R4 R5, R7 et AMFm) a permis de mobiliser d'importantes ressources pour renforcer les activités de lutte antipaludique.

Compte tenu des différents engagements pris par le Gouvernement nigérien à différents niveaux, une analyse situationnelle de base avait été conduite en 2001 dans le cadre du processus d'élaboration du premier plan stratégique du PNLP 2001-2005.

Afin de capitaliser les acquis de la mise en œuvre des plans quinquennaux 2001-2005 et de porter à l'échelle des interventions efficaces, un second sommet de l'UA sur le Sida, la Tuberculose et le Paludisme s'est tenu en mai 2006 à Abuja pour mobiliser davantage les pays et les partenaires au développement dans l'optique de l'atteinte des objectifs en rapport avec l'accès universel en 2010 et leur maintien jusqu'en 2015. C'est dans ce cadre le PNLP a élaboré successivement des plans stratégiques quinquennaux successivement pour 2006-2010 et 2011-2015.

Avec l'adoption de la Stratégie technique mondiale OMS sur le paludisme 2016-2030 à laquelle a souscrit le Niger, le PNLP a conduit une revue de performance de programme en 2016 en vue d'élaborer un nouveau plan stratégique 2017-2021 aligné au PDS 2017-2021 et prenant en compte les orientations et engagements internationaux sur la lutte contre le paludisme.

## 2.2. Profil épidémiologique

### 2.2.1. Parasites du paludisme

Au Niger, le parasite responsable du paludisme est presque exclusivement *P. falciparum*. En 2012, un suivi des sites sentinelles du PNLP a été réalisé. Les résultats montrent une proportion des infections à *Plasmodium falciparum* de 99% à Agadez, 88,5% à Tessaoua et 90% à Gaya. L'infection à *Plasmodium vivax* n'est toujours pas mise en évidence au Niger. *Plasmodium malariae* et *plasmodium ovale* sont retrouvés associé aux autres plasmodi. Dans les infections mixtes on trouve les associations P.f plus P.m et P.f plus P.o : (i) La proportion des infections mixtes P.f plus P.m est de 1% à Agadez et de 10% à Gaya ; (ii) La proportion des infections mixtes est de 11% à Tessaoua dont 10,5% de P.f plus P.m et 1% Pf plus P.o.

### 2.2.2. Répartition géographique des vecteurs

Les études entomologiques menées par le PNLP au niveau de différents sites sentinelles des trois(3) strates épidémiologique du Niger de 2012 à 2014 ont montré les résultats suivants :

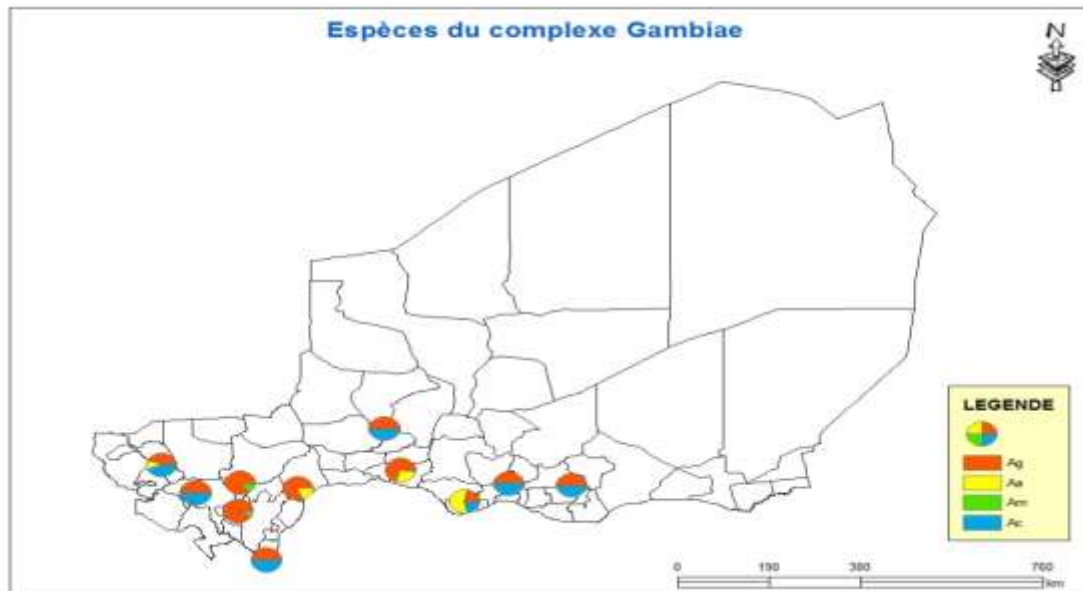
Quel que soit le site de collecte, *Anopheles gambiae* s.l représente plus de 98% des espèces vectrices. Les espèces du complexe d'*Anopheles gambiae* s.l rencontrées sont : *Anopheles gambiae* s.s, *Anopheles arabiensis* , *Anopheles melas* (identifiée dans trois localités) et *Anopheles colluzii*. Leur répartition géographique dans les différents sites sentinelles de surveillance du paludisme est illustrée dans le Tableau 4 et la figure 3 ci-dessous :

**Tableau 1 : Répartition géographique des vecteurs du paludisme au Niger, 2013 -2014**

Espèces	Présence confirmée? (oui/non)	sites
<i>Anopheles gambiae</i> s.l.	oui	14 sites
<i>Anopheles arabiensis</i>	oui	14 sites
<i>Anopheles gambiae</i> s.s.	oui	14 sites
<i>Anopheles coluzzii</i>	oui	14 sites
<i>Anopheles melas</i>	oui	3 sites en 2014
<i>Anopheles funestus</i>	oui	14 sites

La liste des espèces vectrices ci-dessus mentionnées n'est pas exhaustive. Seule une enquête plus étendue à envergure nationale permettra de déterminer les espèces des complexes *gambiae* et *funestus* qui sont impliquées dans la transmission du paludisme au Niger.

**Figure 1 : carte de distribution des espèces vectrices du complexe *An. gambiae s.l.* au Niger**



### **2.2.3. Inoculation entomologique et comportement des vecteurs**

Des études entomologiques menées par le PNLN dans les sites sentinelles des trois (3) strates épidémiologiques du Niger en 2013 ont montré que les paramètres entomologiques fluctuent selon les strates épidémiologiques. Les densités moyennes par case variaient du Nord au Sud, avec 1,14 anophèle par case à Agadez, 53 à Tessaoua et 104 à Gaya. Ces vecteurs piquaient et se reposaient aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des habitations humaines. L'agressivité était de 64 Piqures/homme /nuit à Gaya (n=486), 7 Piqures/homme /nuit à Tessaoua (n= 126) et 0,07 Piqure/homme /nuit à Agadez (n=16) avec des taux d'endophagie respectifs de 47,5% à Gaya, et 58,6% à Tessaoua. Les vecteurs étaient également zoo-anthropophages. Les piqures se déroulent toute la nuit avec des pics entre 2 heures et 4 heures du matin.

Le taux d'anthropophilie était de 20% à Agadez, 57,78 % à Tessaoua et 27,57% à Gaya. Aussi, les Anophèles ont été trouvées très âgées (Taux de parturité était de 89,17% à Gaya et 87,22% à Tessaoua). Dans les trois sites, *Anopheles gambiae* est porteur du plasmodium (taux d'infection moyen de 2,38%). Le Taux d'Inoculation Entomologique (TIE) est aussi supérieur à 1 piqûre infectante par homme et par mois.

### **2.2.4. Situation et tendances de la résistance aux insecticides**

En 2013, 4510 tests de sensibilités ont été réalisés par le PNLN, dont 2316 avec les pyrethrinoides, 519 avec pseudo pyrethrinoides, 565 avec le Bendiocarbe 0,1%, 590 avec le Malathion 5% et 520 avec le DDT 4%.

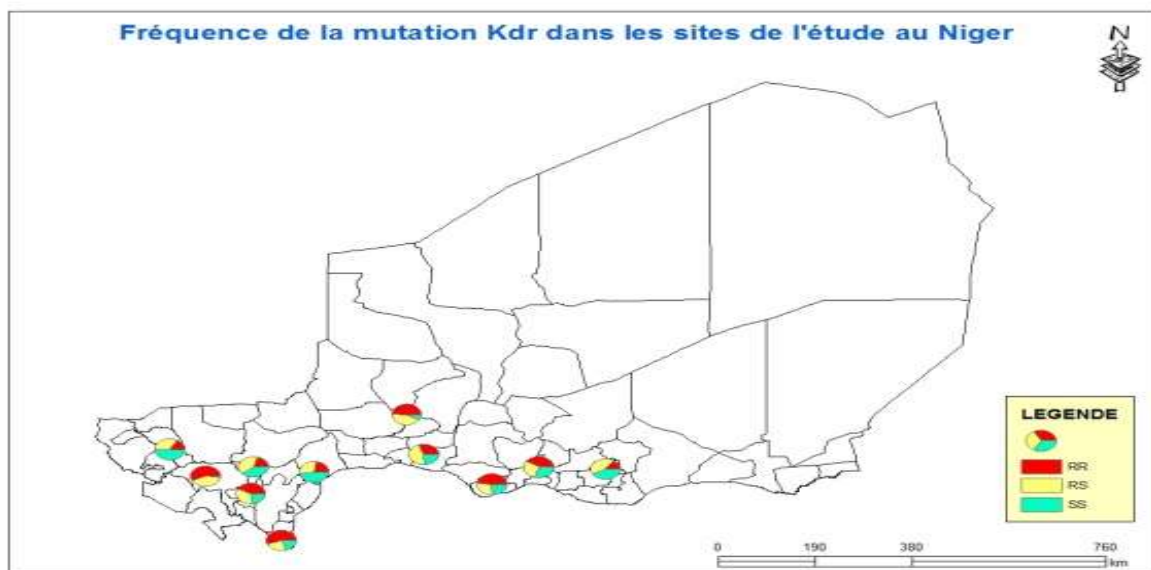
En 2014, 4919 *Anopheles gambiae s.l* ont été testés par le PNLP aux insecticides à la dose diagnostic dont 3126 testés aux pyréthrinoïdes, 617 testés au DDT, 591 testés au Bendiocarbe et 585 au Malathion.

En 2013, dans tous les sites, *Anopheles gambiae s.l.* s'est révélé sensible au Bendiocarbe 0,1% et au Malathion 5% (taux de mortalité en 24 heures de 98% à 100%). En 2014, il a été constaté une sensibilité d'An. Gambiae S.l au Bendiocarbe 1% dans trois (3) sites (taux de mortalité en 24 heures =100%) et pour le Malathion 5% dans cinq (5) sites sur les sept (7) suivis. Il faut noter une baisse de la sensibilité d'An. gambiae S.l à ces deux (2) familles d'insecticides (Organophosphorés et Carbamates) en 2014.

Aussi bien en 2013 qu'en 2014, *Anopheles gambiae S.l.* s'est révélée résistante, aux cinq (5) pyréthrinoïdes testés et au DDT dans tous les sites avec un taux de mortalité en 24 heures inférieur à 90%.

En ce qui concerne les mécanismes de résistance impliqués, la mutation Kdr est présente chez *Anopheles gambiae* forme moléculaire M avec une fréquence moyenne de 58% en 2013 et 48% en 2014. Les figures 3 et 4 illustrent la fréquence des mutations Kdr et Ace-1 dans les sites sentinelles de l'étude au Niger.

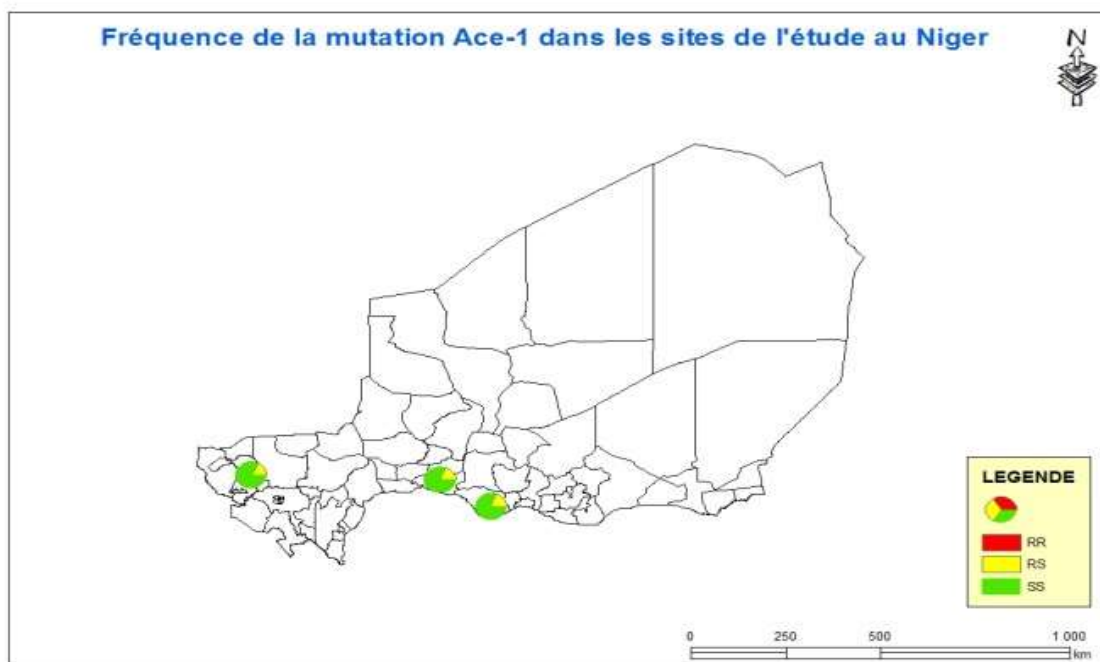
**Figure 2 :** La fréquence de la mutation Kdr dans les sites sentinelles de l'étude au Niger de 2013 à 2014.



En plus la mutation Ace-1 a été détectée en 2014 à l'état hétérozygote dans trois (3) sites sur sept (7).

Les tests biochimiques ont montrés aussi l'existence des activités des différentes familles d'enzymes (estérase, oxydase et glutathion S transférase).

**Figure 3 :** La fréquence de la mutation Ace- 1 dans les sites sentinelles de l'étude au Niger de 2013 à 2014.



### 2.2.5. La cartographie de la stratification et du risque du paludisme

Compte tenu du fait qu'il n'y a pas de données d'une enquête de prévalence parasitaire sur le paludisme, la tentative de stratification du paludisme ci-dessous a été faite surtout sur la base de la durée de la transmission et de l'incidence annuelle du paludisme.

Le système de surveillance épidémiologique du paludisme est intégré aux autres maladies à potentiel épidémique. Le Niger fait partie des pays du Sahel qui sont à risque d'épidémie de paludisme. Il existe 3 strates épidémiologiques. La 2<sup>ème</sup> strate du pays, zone méso endémique, est la zone la plus à risque d'épidémie.

On dénombre 16 districts sur 42 à risque épidémique (environ 20% de la population totale).

Dans le cadre du suivi global des maladies épidémiques, chaque district a un comité de lutte contre les épidémies. En 2010, le PNLP avait défini le seuil épidémique et un atelier de consolidation et de vulgarisation avait été organisé à l'intention des responsables de la surveillance et programmation de l'information (SPI) et des responsables des centres de surveillances épidémiologiques (CSE).

**Tableau 2 : Stratification et populations à risque de paludisme par strate au Niger 2015**

Strates	Niveau de transmission	Incidence annuelle	% de districts	Population par strate	% population par strate
I	Zone à transmission saisonnière longue (4 à 6 mois)	146	66%	20	9 820 245
II	Zone à transmission saisonnière courte (inférieur à 4 mois)	76	65%	16	7 596 793
III	Zone à transmission sporadique	50	59%	6	1 111 726



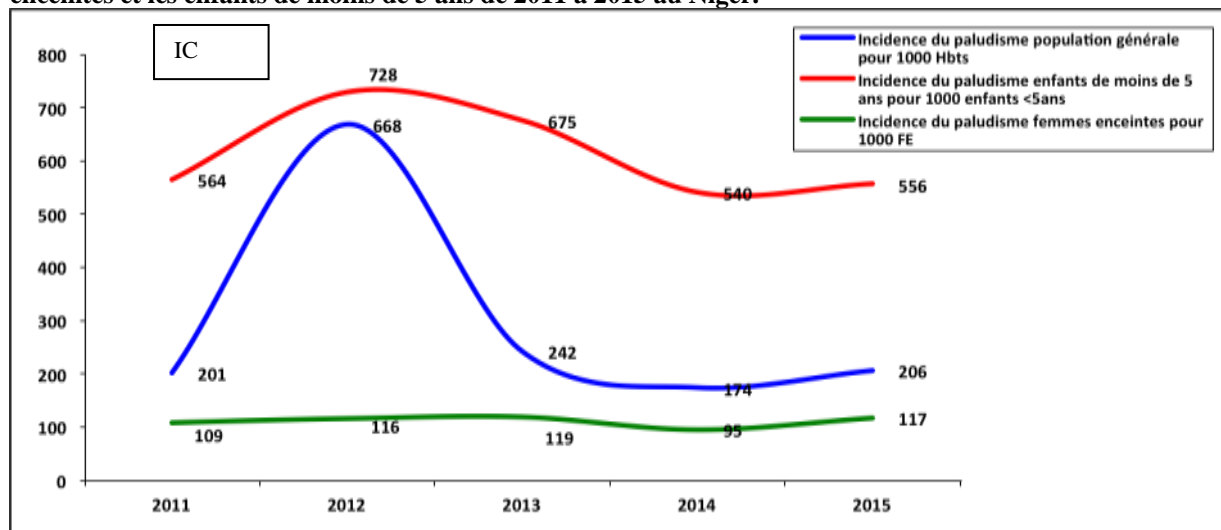
## 2.3. Morbidité et mortalité

### 2.4. Tendances de la mortalité et de la morbidité liées au paludisme en 2011-2015

Selon les annuaires statistiques (de 2011 à 2015), le Niger a enregistré au cours de ces cinq dernières années, une moyenne annuelle de 3 913 006 cas présumés de paludisme. De 2011 à 2015, la proportion des cas testés (par Goutte Épaisse ou test Diagnostic Rapide) est passée de 60% à 84%.et la confirmation biologique des cas de 55% à 67%.

Au vu de la situation épidémiologique, on note que le paludisme reste encore une priorité de santé publique au Niger. Il représente 27,92 % de la charge de morbidité enregistrée en 2015. L'incidence du paludisme présumé dans la population générale, chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans est reprise dans la figure suivante.

**Figure 4: Evolution de l'incidence du paludisme présumé dans la population générale, chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans de 2011 à 2015 au Niger.**



En 2013, le taux de létalité globale lié au paludisme était de 0,05% ; il était de 5% chez la femme enceinte, et de 0,06% chez les enfants de moins de 5 ans. La létalité globale, ainsi que celle des enfants de moins de 5 ans ont connu une légère baisse entre 2011 et 2013, même si on observe une tendance à la hausse en 2015.

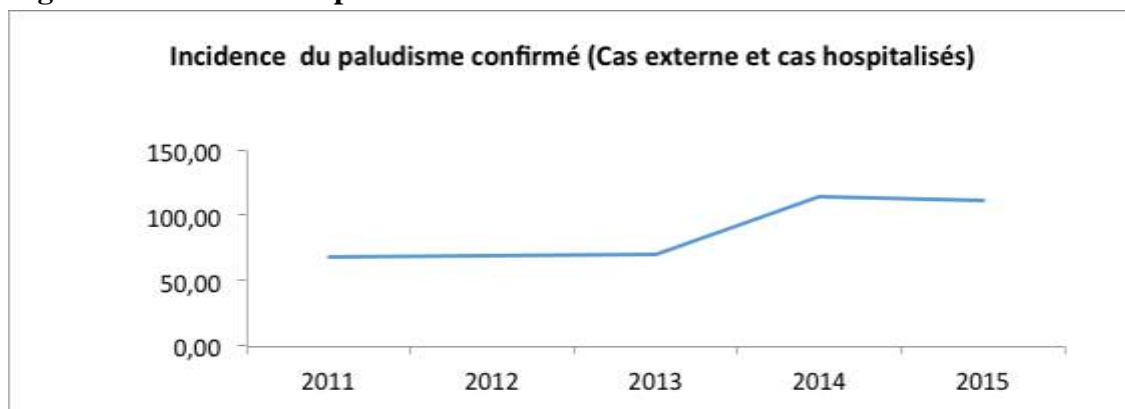
**Tableau 3 : Evolution des cas et des décès liés au paludisme par tranche d'âge 2011- 2015**

Tranche d'âge	2011		2012		2013		2014		2015	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
0 à 2 mois	57 062	21	71 623	16	50 764	7	38 149	9	36435	13
2 -11 mois	483 847	267	652 339	311	630 434	184	473 750	241	488219	262
1-4 ans	1 481 537	1814	2 106 643	2246	2 014 574	1494	1 975 196	1955	1653908	1337
5-9 ans	323 537	314	475 434	396	440 262	249	330 843	326	456242	314
10 - 24 ans	356 423	147	516 879	114	502 017	140	377 250	183	530325	196
25 ans +	480 122	262	769 601	140	650 374	135	488 735	177	652505	100
<b>Total</b>	<b>3 182 528</b>	<b>2 825</b>	<b>4 592 519</b>	<b>3 223</b>	<b>4 288 425</b>	<b>2 209</b>	<b>3 683 922</b>	<b>2891</b>	<b>3817634</b>	<b>2222</b>



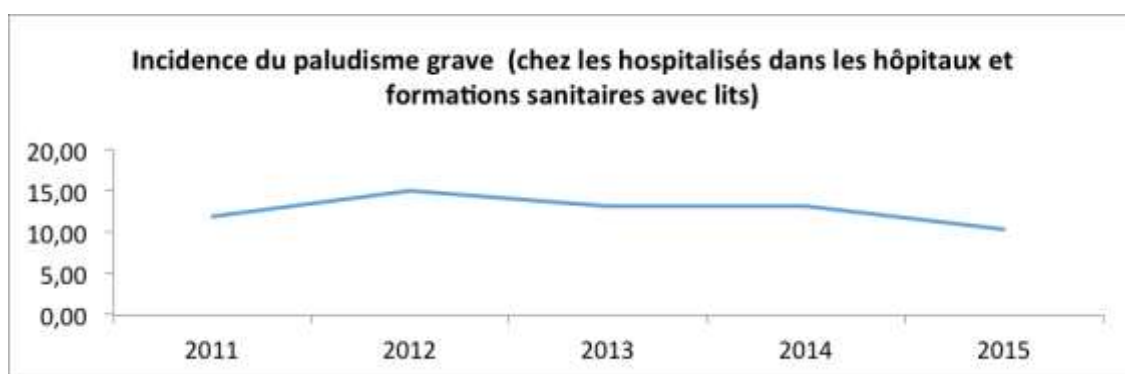
Il apparaît sur ce tableau que les enfants de moins de 5 ans portent environ plus de la moitié de la charge de la morbidité (62,43%) et environ 3/4 de celle de la mortalité liée au paludisme dans le pays (74,65%) de tous les décès dus au paludisme entre 2014 et en 2015.

**Figure 5 : Incidence du paludisme confirmé de 2011 a 2015**



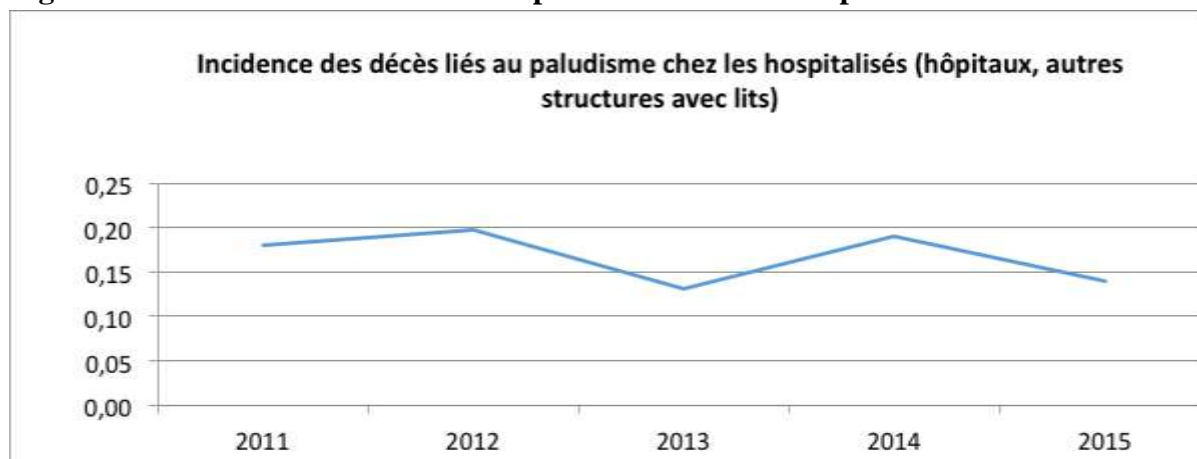
Les données de mortalité et de létalité du paludisme ont connu une régression considérable bien que le taux d'incidence de la maladie ait connu une augmentation qui s'explique par le fait que le rapportage des cas de paludisme s'est amélioré, l'exécution du programme d'IEC qui encourage les mères à se rendre dans les formations sanitaires, la mise en œuvre de la prise en charge des cas de paludisme à domicile (PECADOM versus ICCM), la disponibilité des intrants de lutte contre le paludisme et la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans.

**Figure 6 : Incidence du paludisme grave de 2011 a 2015**



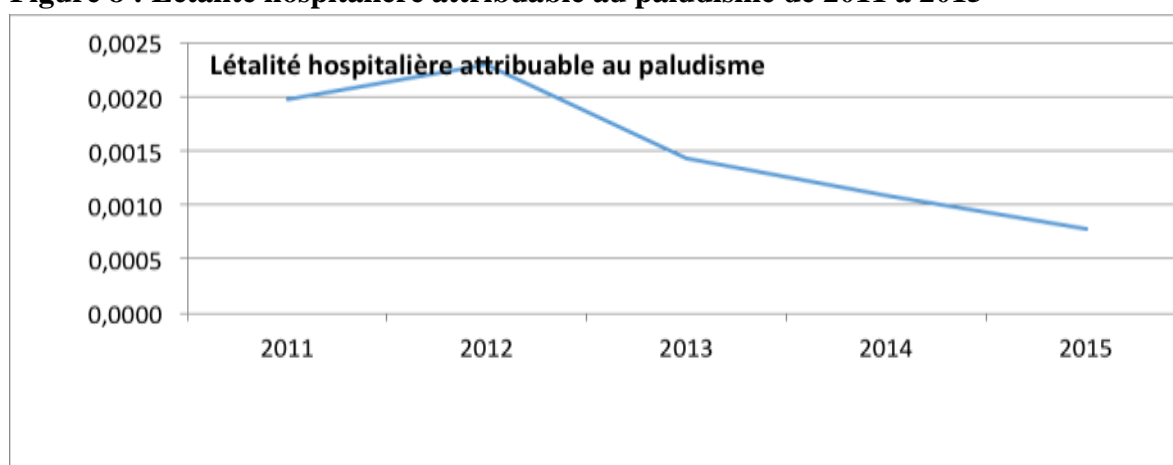
Cette figure nous confirme la tendance à la baisse de l'incidence du paludisme grave chez les hospitalisés dans les hôpitaux et les formations sanitaires avec lits, cependant l'année 2012 a connu une épidémie de paludisme du fait de la pluviométrie abondante ayant entraîné des inondations et la créations de nouveaux gîtes larvaires.

**Figure 7 : Incidence des décès liés au paludisme chez les hospitalisés de 2011 à 2015**



Cette figure nous montre aussi l'évolution de l'incidence de décès dus au paludisme en dent de scie de 2011 à 2015, malgré les efforts consentis par l'Etat et les partenaires. Toutefois, elle a diminué de 0,18% à 0,14% entre 2011 et 2015.

**Figure 8 : Létalité hospitalière attribuable au paludisme de 2011 à 2015**



Les données de mortalité et de létalité du paludisme ont connu une régression considérable durant la période 2011-2015, passant de 23 pour mille à 8 pour mille entre 2011 et 2015.

## **2.5. Revue du Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015**

### **2.5.1. Principaux résultats de la lutte contre le paludisme**

La revue de performance du programme réalisée en 2016 a montré des résultats satisfaisants dans la mise en œuvre des interventions clés de lutte contre le paludisme au cours de la période 2011-2015 et des défis importants qui demeurent à relever.

En effet, malgré tous les efforts consentis qui ont mobilisés des ressources importantes ayant permis l'accès universel aux interventions majeures de lutte contre le paludisme (campagne de distribution gratuite, baisse des prix de moustiquaires sur le marché, distribution des kits préventifs aux femmes enceintes, campagne de chimio prévention du paludisme saisonnier, TPI

chez les femmes enceintes, diagnostic et traitement de cas de paludisme), et bien qu'il y'eut une réduction du taux de létalité, le paludisme a demeuré parmi les 3 maladies en tête des problèmes de santé au même titre que la pneumonie et les diarrhées notamment chez les enfants.

### Evolution des indicateurs du cadre de performance

La performance globale de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme, est suivie à travers les éléments du plan de suivi évaluation du programme, plus particulièrement, dans le cadre de performance. Les indicateurs de couverture et d'accès, des différentes mesures de prévention et de prise en charge du paludisme, sélectionnés pour suivre la performance de la mise en œuvre ont progressé de façon significative entre 2011 et 2016.

**Tableau 4 : Evolution des indicateurs du cadre de Performance 2011 à 2015**

Indicateurs	2010 Données de Base	2011	2012	2013	2014	2015
Incidence des cas confirmé du paludisme pour 1000 habitants	33 Annuaire Statistique	68	69	70	115	111
Incidence des cas de paludisme tout âge confondus au Niger pour 1000hbts	255 Annuaire Statistique	202	282	255	207	206
incidence du paludisme grave (chez les hospitalisés dans les hôpitaux et	18,65 Annuaire Statistique	11,83	14,95	13,05	13,07	10,14
Incidence des décès liés au paludisme chez les hospitalisés (hôpitaux, autres structures avec lits)	0,44% Annuaire Statistique	0,18	0,20	0,13	0,19	0,14
Taux de positivité des tests de diagnostic du paludisme (Microscopie et/ou TDR) chez les patients (externe et hospitalisés)	57,71 Annuaire Statistique	60%	63%	65%	60%	70%
Létalité hospitalière attribuable au paludisme	0,40 Annuaire Statistique	0,20%	0,23%	0,14%	0,11%	0,08%
% de cas de paludisme confirmés par TDR/GE	57,41% Annuaire Statistique	60%	63%	65%	60%	70%
%de cas simple correctement pris en charge	100% Rapport PNLP	129%	257%	254%	132%	143,10%
Proportion de femmes ayant reçu au moins 3 doses de TPI au cours des CPN durant leur dernière grossesse	73,65% Annuaire Statistique	86%	72%	72%	51%	70%
Taux de possession des MILDA dans les ménages	76,30% Enquête couverture MILDA	ND	60%	ND	ND	ND
% d'enfants < 5 ans dormant sous MILDA	63,70 % Enquête couverture MILDA	ND	24%	ND	ND	ND
% de femmes enceintes dormant sous MILDA	71,50 % Enquête couverture MILDA	ND	29%	ND	ND	ND
Proportion de femmes enceintes zones à transmission saisonnière ayant bénéficié d'une MILDA au cours de la distribution durant la CPN	86,17% Enquête couverture MILDA	98,97%	90,14%	88,49%	92,70%	91%
Pourcentage d'enfant âgés de 3-59 mois ayant été protégé contre le paludisme (4 doses de CPS) au cours de la saison de haute transmission palustre précédant l'enquête	ND Rapport/PNLP	ND	ND	24%	26%	83,05%
Pourcentage de cas suspects de paludisme soumis à un test de diagnostic de paludisme (TDR ou microscopie)	23% Annuaire Statistique	55%	39%	42%	92%	77%

### 2.5.1.1. Capacités de gestion de la lutte contre le paludisme

Pour permettre une meilleure gestion du programme et un cadre de coordination des partenaires fonctionnel, la mise en œuvre des activités en 2011-2015 a permis surtout de renforcer certains aspects institutionnels et le cadre de travail du PNLP et des parties prenantes intervenant dans la lutte contre le paludisme à différents niveaux.

### 2.5.1.2. Prise en charge des cas de paludisme

Conformément aux recommandations de l’OMS, la prise en charge du paludisme se fait à travers le diagnostic biologique par TDR ou microscopie de tout cas suspect de paludisme vu au niveau d’une formation sanitaire ou dans la communauté suivi de l’administration d’un traitement approprié. Les interventions planifiées pour 2011-2015 visaient à permettre :

- l’accès universel au diagnostic biologique du paludisme au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire;
- l’accès universel à un traitement antipaludique efficace dans les formations sanitaires et au niveau communautaire ;
- la mise en place d’un système d’Assurance Qualité à travers un réseau laboratoire performant
- la mise en place d’un système performant de pharmacovigilance, de contrôle de qualité et de surveillance de l’efficacité des antipaludiques

Pour le PSN 2011-2015, le taux brut de réalisation est de 55% avec un taux de performance ajusté est de 39%.

**Tableau 5 : Evolution des indicateurs de résultats de la prise en charge des cas**

Item	2011	2012	2103	2014	2015
A. Nombre de cas suspects paludisme	3 182 528	4 592 519	4 288 425	3 683 922	2 952 285
B. Nombre cas testés par TDR	1 587 454	1 603 355	1 619 369	3 048 984	10 516 219
C. Nombre cas testés par GE	176 384	178 151	179 930	338 776	1 168 470
D. Total cas testés (DR+GE (B+C))	1 763 838	1 781 506	1 799 299	3 387 760	
E. Pourcentage de cas testé (D/A)	55,42%	38,8%	42%	91,96%	107%
F. Total confirmés	1 064 034	1 119 929	1 176 711	2 042 237	2 065 340
G. Taux de confirmation (E/F)	60 %	63%	65%	60%	70%

L’analyse des données du tableau 13 montre que de 2011 à 2015 une augmentation de 5% chaque année en taux de confirmation avec aussi une augmentation des cas confirmés pour les mêmes années. Il faut aussi noter que le nombre des cas testés en 2015 est plus élevé avec 107% avec un nombre de cas présumé le plus bas enregistré de 2011 à 2015.

- **La Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier**

La stratégie de la chimio-prévention du paludisme saisonnier consiste à une administration intermittente d'une association d'antipaludéen (AQ+SP) pendant la période de haute transmission du paludisme chez les enfants âgés de 3 à 59 mois. Quatre passages sont organisés chaque année à travers des campagnes au niveau des Districts sanitaires éligibles pour la CPS. La mise en œuvre de la stratégie CPS a débuté en 2013 suite à la revue à mi-parcours du PSN 2011-2015 au décours de laquelle le Plan avait été révisé.

**Tableau 6 : Couverture de la CPS de 2013 à 2016 au Niger**

Indicateurs	Résultats			
	2013	2014	2015	2016
(a) Couverture géographique CPS du pays	14% (Nbre DS)	19% (Nbre DS)	33% (Nbre DS)	X% (Nbre DS)
(b) Nombre d'enfants ciblés par la CPS	206000	515638	823 031	4671010
€ Nombre d'enfants ayant bénéficié du 1 <sup>er</sup> passage	207 670	489966	457002	1 582 107
(d) Nombre d'enfants ayant bénéficié du 2 <sup>ème</sup> passage	225 435	546585	643303	2448492
€ Nombre d'enfants ayant bénéficié du 3 <sup>ème</sup> passage	216 906	533177	636164	1 996 364
(f) Nombre d'enfants ayant bénéficié du 4 <sup>ème</sup> passage	225 970	502710	683489	1 950 416
(g) Couverture du 1 <sup>er</sup> passage (c/b)	101%	96%	64,85%	83%
(h) Couverture du 2 <sup>ème</sup> passage (d/b)	109%	107%	78,16%	89%
(i) Couverture du 3 <sup>ème</sup> passage (e/b)	105%	109%	77,30%	86%
(j) Couverture du 4 <sup>ème</sup> passage (f/b)	110%	110%	83,05%	86%
% des enfant ayant reçu 4 doses d'AQ+SP	ND	ND	ND	70%

Sources des données : Rapports campagnes CPS, PNLP, 2013 à 2016

### 2.5.1.3. Lutte contre les vecteurs

L'évaluation des activités de lutte **anti vectorielle** du PSN a permis de constater que dans le cadre de la mise en œuvre des stratégies de lutte **anti vectorielle**, beaucoup d'activités n'ont pas pu être réalisées par insuffisance de financement. Ce qui a eu pour conséquence une faible performance dans la mise en œuvre des activités. Aussi, dans le cadre du suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides, des études entomologiques menées par le PNLP de 2013 à 2014 ont montré qu'*Anopheles gambiae* S.l (principal vecteur du paludisme au Niger) s'est révélée résistante, aux pyréthri-noïdes et au DDT dans tous les sites avec un taux de mortalité en 24 heures inférieur à 90%. Pour une meilleure performance des activités de lutte **anti vectorielle**, il est nécessaire d'assurer la gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides.

#### - MILDA routine, campagne

Le plan stratégique 2011-2015 a prévu une couverture universelle en MILDA chez 100% de la population et une utilisation d'au moins 80%. L'atteinte de cette couverture universelle devrait se faire à travers une distribution de routine pour les enfants de moins de 1 an et les femmes enceintes au niveau des formations sanitaires publiques.

- Pulvérisation intra domiciliaire (PID)

Les activités réalisées durant la mise en œuvre du PSN 2011 à 2015 ont permis l'acquisition d'insecticides et la mise en œuvre de la PID dans les chefs-lieux des huit (18) régions en 2013 , et l'acquisition des équipements et des fournitures pour la PID pour un (1) district (Agadez commune) dans le cadre du projet Niger –Cuba en 2015. Il n'y a pas de données disponibles pour apprécier la couverture de la PID (surfaces pulvérisées, nombre de personnes couvertes) due à l'insuffisance du suivi-évaluation.

- Lutte anti-larvaire (LAL)

Pour cette intervention 25 activités ont été programmées pour la période de 2011 à 2015. Trois (3) campagnes ont été organisées dans 42 districts de 2011 à 2013 sans données disponibles pour apprécier les interventions faute de suivi et évaluation

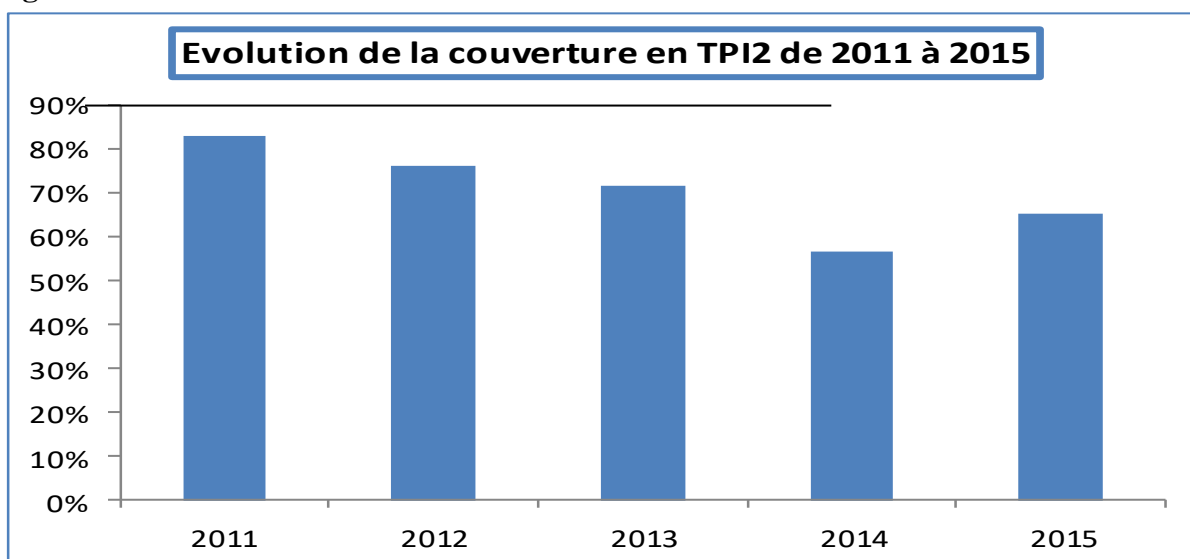
#### **2.5.1.4. Prévention du paludisme chez la FE**

La stratégie de prévention du paludisme chez la femme enceinte se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon les normes définies dans la politique nationale de lutte antipaludique. La mise en œuvre de cette stratégie est coordonnée par la direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME) et le PNLP. Elle comprend le Traitement Préventif Intermittent (TPI) à sulfadoxine pyriméthamine (SP) et l'utilisation des MILDA. Chaque femme enceinte doit recevoir au moins 3 doses de SP sous observation directe à intervalle d'un mois lors des consultations prénatales, entre le 4ème mois de sa grossesse (après l'apparition des mouvements actifs du fœtus) et son accouchement ; et une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) lors de la première consultation prénatale et des conseils sur son utilisation.

L'indicateur « Proportion de femmes ayant reçu au moins 3 doses de TPI au cours des CPN durant leur dernière grossesse » n'est pas **approprié** aux données SNIS disponibles pour les cinq (5) années de mise en œuvre du PSN qui renseignent le taux de couverture en TPI2. En plus en 2015 les données de TPI2 et TPI3 ne sont pas désagrégées.

### ***TPI chez la femme enceinte au cours des CPN :***

**Figure 9 : Evolution de la couverture en TPI2 de 2011 à 2015**



On note que la cible de grossesses attendues a été sous-estimée en 2011, 2012 et 2015 ce qui explique la couverture en CPN1 de plus de 100% pour ces années : respectivement 104%, 116% et 103%. Alors que le taux de couverture en TPI était de 73,65 % en 2010 (année de base), l'analyse des données SNIS en 2011-2015, ont montré une progression en 2011 de cet indicateur (78%) mais par la suite il a varié de 2012 à 2015 (70%) en 2012 ; 88% en 2013 ; 52% en 2014 à 59% en 2015. Les raisons des écarts TPI1-CPN1, de 2011 à 2015, s'expliquent par la faible couverture sanitaire, l'insuffisance de moyens pour mener les activités foraines et les ruptures en SP.

Alors que le taux de couverture en TPI2 était de 73,65% en 2010 (année de base), l'analyse des données SNIS en 2011-2015, ont montré une progression en 2011 de cet indicateur (83%) mais par la suite il a baissé progressivement jusqu'en 2015 (76%) en 2012 ; 72 % en 2013 ; 57% en 2014 à 65% en 2015. Cette contre-performance enregistrée à partir 2012 est due entre autre à une rupture de la sulfadoxine-pyriméthamine dans le pays du fait de sa non disponibilité sur le marché national et international.

Les raisons des écarts TPI2-TPI1, de 2011 à 2015, s'expliquent par les CPN1 tardives (au dernier mois de la grossesse) par certaines parturientes, l'inaccessibilité géographique de certains CSI pendant l'hivernage et les ruptures en SP.

### ***MILDA chez la femme enceinte au cours des CPN :***

L'indicateur principal de résultat est représenté par la « proportion d'au moins 80% de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA ». La dernière enquête ménage réalisée en 2012 montre que le pourcentage de femmes enceintes dormant sous MILDA est de 29,40%<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> EDSN 2012

**Tableau 7 : Couverture en routine des MILDA chez les femmes enceintes**

Items	2011	2012	2013	2014	2015
(a)FE vues en CPN1	809 555	762 873	601 737	745 746	868 210
(b)MILDA acquises FE	351 963	706 550	439 250	397 439	558 898
(c)MILDA distribuées en CPN	351 963	706 550	439 250	397 439	558 898
(d)Couverture routine MILDA (c/a)	43%	93%	73%	53%	64%

L'analyse de ce tableau montre une faible couverture en MILDA de routine en 2011 (43%), suivie en 2012 d'une progression à 93% taux dépassant l'objectif national qui est de 80%. Cet indicateur connaît une baisse en 2013 (73%) 2014 (53%) et 2015 (64%). Cette contre-performance est due entre autre aux ruptures en MILDA.

Pour l'année 2016, les activités mises en œuvre en rapport avec la prévention du paludisme chez la femme enceinte sont les suivantes : l'acquisition de 1 184 333 doses de TPI ; et l'acquisition de 519 758 MILDA de routine.

#### 2.5.1.5. plaidoyer, mobilisation sociale et changement de comportement

Le niveau de mise en œuvre des interventions Plaidoyer et communication a été particulièrement faible. Les indicateurs de performances sont relatifs à (i)- la proportion de la population cible utilisant les mesures correctes de préventions et de lutte contre le paludisme, (ii)-et la proportion de personnes dans la population cible touchée par les activités de CCC.

**Tableau 8 : Nombre de personnes ayant bénéficiés des activités IEC/CCC**

Interventions	Années					TOTAL
	2011	2012	2013	2014	2015	
Nombre de personnes touchées par les séances de sensibilisation dans les FS	45052	263074	324769	445675	1 718 838	<b>2 351733</b>
Nombre de personnes touchées par les séances de sensibilisation par les ASC/Relais/ONG/OCB	857995	3 456 616	2445732	805 075	ND	<b>4454 418</b>

On constate que 2 351733 personnes ont été touchées par les activités au niveau des formations sanitaires et 4 454 418 personnes par les relais communautaires. Cela s'explique par l'exécution des contrats signés par les relais communautaires pour la tenue des séances de sensibilisation. Par contre en 2015 les données sur les séances de sensibilisation des relais ne sont pas disponibles, ce qui est dû à la révision des supports.

#### 2.5.1.6. Gestion des Approvisionnement et des Stocks

L'essentiel des activités GAS étant transversales, leurs performances physiques ont été prises en compte avec les autres stratégies (PEC, Prévention etc.). Néanmoins, 5 activités planifiées de gestion des achats et des stocks ont été réalisées : Il s'agit de la quantification des intrants de lutte contre le paludisme (ACT, TDR, MILDA) ; de l'acquisition des intrants ; du stockage ; de la distribution régulière et du suivi des intrants.



L'unité GAS a durant cette période exécuté des activités ayant permis la continuité du fonctionnement régulier du PNLP. Toutefois, des défis majeurs demeurent, à savoir, d'une part l'amélioration du processus de quantification et de gestion des intrants et d'autre part une communication permanente entre les partenaires de proximité, les régions et le niveau central.

#### **2.5.1.7. Lutte contre les épidémies de paludisme**

Le système de surveillance épidémiologique du paludisme est intégré aux autres maladies à potentiel épidémique. Le Niger fait partie des pays du Sahel qui sont à risque d'épidémie de paludisme. Il existe 3 strates épidémiologiques. La 2<sup>ème</sup> strate du pays, zone méso endémique, est la zone la plus à risque d'épidémie. On dénombre 16 districts sur 42 à risque épidémique (environ 20% de la population totale).

Les principales actions prévues sont : i) l'IEC, et la mobilisation sociale, ii) la gestion et l'approvisionnement en intrants, iii) la surveillance, le suivi/évaluation et la recherche opérationnelle, iv) le renforcement des capacités de gestion et de coordination du programme, v) l'intégration des interventions de lutte antipaludique à d'autres programmes de santé.

Dans le cadre du suivi global des maladies épidémiques, chaque district a un comité de lutte contre les épidémies. En 2010, le PNLP avait défini le seuil épidémique, un atelier de consolidation et de vulgarisation a été organisé à l'intention des responsables de la surveillance et programmation de l'information (SPI) et des responsables des centres de surveillances épidémiologiques (CSE).

#### **2.5.1.8. Suivi Evaluation et Recherche**

Le suivi/évaluation est en droite ligne avec la planification basée sur les résultats. La mesure des cibles du plan stratégique 2011-2015 est réalisée à travers des indicateurs clés d'impacts, d'effets, de produits et de processus, conformément au cadre de performance de suivi/évaluation du plan stratégique. Le renforcement du système de suivi/évaluation du PNLP s'est fait à travers i) l'amélioration des compétences du personnel en suivi-évaluation, ii) L'amélioration du cadre de travail de l'unité de suivi-évaluation du PNLP et des autres structures impliquées dans la gestion de l'information sur le paludisme, iii) le développement d'outils pour la collecte de données, iv) le développement d'un système d'assurance-qualité, v) l'analyse, la diffusion et l'utilisation de l'information par les acteurs, partenaires et décideurs. Sur un total de 170 activités planifiées, 78 ont été réalisées avec une performance brute de 46% et une performance ajustée de 34%.

### **2.6. Défis pour le programme en 2017-2021**

#### **Défis pour le renforcement des capacités de gestion et de coordination du programme**

- La mobilisation des ressources domestiques
- L'engagement des acteurs à tous les niveaux
- la mise en place d'une plateforme de mobilisation des ressources en faveur du paludisme auprès de l'Etat et des partenaires au développement ;
- la disponibilité d'une information stratégique sur le paludisme de qualité et en temps réel

### **Défis pour l'accès universel aux MILDA**

- La mobilisation des ressources financières et matérielles en vue d'organiser des campagnes de distribution massive de MILDA dans les autres localités du pays non touchées ;
- La résistance des vecteurs aux insecticides
- Le passage à l'échelle la couverture universelle des interventions de LAV

### **Défis pour l'utilisation du TPI3 et des MILDA chez la femme enceinte**

- Intensification des consultations foraines
- Disponibilité permanente des intrants
- Mise en place d'un cadre de partenariat avec les structures privées de soins
- Remontée des données
- Amélioration de la quantification des besoins, de l'acquisition et de la distribution des intrants (MILDA, SP)

### **Défis pour la couverture universelle de la CPS dans les zones éligibles**

- L'extension de la CPS dans 100% des districts sanitaires éligibles (36 DS) des zones hyper et méso endémique.

### **Défis pour un engagement et une utilisation effective des services de prévention et traitement du paludisme**

- L'harmonisation et la coordination des activités de IEC/CCC à tous les niveaux ;
- Le financement des activités de communication ;
- La disponibilité d'une information stratégique sur le paludisme de qualité et en temps réel

### **Défis pour l'accessibilité universelle au diagnostic et au traitement antipaludique**

- l'accès universel au diagnostic biologique du paludisme au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire;
- l'accès universel à un traitement antipaludique efficace dans les formations sanitaires et au niveau communautaire ;
- la mise en place d'un système d'Assurance Qualité à travers un réseau laboratoire performant
- la mise en place d'un système performant de pharmacovigilance, de contrôle de qualité et de surveillance de l'efficacité des antipaludiques
- La disponibilité du personnel de santé doté des capacités et compétences pour la prise en charge du paludisme
- La mise à l'échelle de la stratégie PECADOM/ICCM
- Le suivi régulier des activités de prise en charge au niveau communautaire
- La Rétention et motivation des Rcom
- La Pérennité des activités PECADOM/ICCM dans les villages

### **Défis pour la gestion des achats et des stocks (GAS)**

- La Disponibilité des informations et données actualisées sur les achats et stocks des intrants pour la lutte contre le paludisme
- La Disponibilité des intrants à tous les niveaux du système de santé
- L'amélioration du processus de quantification et de distribution des intrants Paludisme

- La lutte contre la vente illicite des médicaments et produits médicaux

**Défis pour le suivi-évaluation et la recherche opérationnelle**

- la mise en place d'un système de surveillance et de suivi/évaluation performant au niveau des formations sanitaires (public, privé) et de la communauté ;
- la documentation des bonnes pratiques et des expériences réussies supportées

## **CADRE STRATEGIQUE DU PSN 2017-2021**

### **3.1. Vision**

Le plan stratégique de lutte contre le paludisme au Niger 2017-2021 est résolument orienté vers l'accélération du contrôle du paludisme en vue de contribuer à l'atteinte de la vision "*Pour un Niger sans Paludisme*".

### **3.2. Mission**

A travers le Plan stratégique 2017-2021, le PNLP poursuivra et s'attèlera à assurer aux populations à risque de paludisme un accès universel et équitable aux interventions de lutte contre le paludisme conformément à la politique sectorielle de santé et du PDS 2017-2021, dans le contexte du cadre stratégique OMS AFRO pour la mise en œuvre de la stratégie technique mondiale du paludisme et des ODDs.

### **3.3. Principes et valeurs**

Le plan stratégique 2017-2021 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 de la Santé,
- l'appui des partenaires et des autres secteurs de développement

### **3.4. Orientations stratégiques et priorités politiques**

Après la mise en œuvre du plan stratégique révisé 2011-2015, et sa projection pour la période 2016-2018, le PNLP s'était engagé à intensifier la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme afin de capitaliser les acquis et accélérer l'atteinte des objectifs fixés. Pour ce faire, les actions prévues durant la période 2017-2021 de ce plan vont s'orienter vers le ciblage des stratégies efficaces adaptées au contexte épidémiologique du pays selon les différentes strates définies, notamment :

- Au niveau de la zone nord d'endémicité faible (hypo-endémique) : consolidation des acquis et accélération de l'atteinte de résultats vers la pré élimination;
- Au niveau des zones où l'endémicité est plus importante (hyper et méso-endémique) : intensification de la mise à l'échelle des interventions essentielles en vue d'assurer

rapidement le contrôle du paludisme et préparer la phase de consolidation du programme vers la pré élimination.

Conformément au document de politique nationale de lutte contre le paludisme et sur la base des résultats du questionnement stratégique lors de la revue de performance du programme, les orientations stratégiques suivantes ont été retenues pour le PSN 2017-2021 :

- Couverture universelle en vue d'intégrer la prévention et la prise en charge du paludisme à d'autres services de lutte contre la maladie notamment à travers l'ICCM et la CPS, avec un accès gratuit ou fortement subventionné aux produits de lutte contre le paludisme ;
- Maintenir un accès et une couverture élevée à travers des interventions de lutte contre le paludisme de qualité pour un impact durable ;
- Renforcer la surveillance du paludisme, les systèmes d'information sanitaire, le suivi et l'évaluation ;
- Mobiliser un financement viable pour le programme dans le cadre des priorités de la politique nationale de santé ;
- Réduire la charge du paludisme en vue de la phase de pré élimination, afin d'atteindre à moyen terme l'objectif d'élimination de la maladie ;
- Renforcer les structures du programme de lutte contre le paludisme, les systèmes de planification, de gestion et de prestations des services avec l'implication de tous les parties prenantes (privé, société civile, communautés) ;
- Renforcer la collaboration transfrontalière et inter pays.

### **3.5. Buts, objectifs et résultats attendus**

#### **3.5.1. But**

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé général de la population en réduisant de façon significative le fardeau du paludisme d'ici 2021.

#### **3.5.2. Objectifs**

- Réduire le taux de mortalité liée au paludisme d'au moins 40% par rapport à 2015
- Réduire le taux d'incidence du paludisme d'au moins 40% par rapport à 2015

#### **3.5.3. Résultats attendus**

- Au moins 80% de la population à risque de paludisme qui a dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Au moins 80% des enfants de moins de 5 ans à risque de paludisme ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;

- Au moins 80% des femmes enceintes à risque de paludisme ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Au moins 80% de la population à risque de paludisme dans les zones cibles est protégée par des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent au cours des 12 derniers mois ;
- Au moins 80% des femmes enceintes à risque de paludisme ont reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent au cours de soins prénatals dans leur dernière grossesse ;
- Au moins 80% des enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées par la chimio-prévention du paludisme saisonnier ont bénéficié d'une protection adéquate avec 4 passages durant la dernière période de haute transmission du paludisme;
- Au moins 90% des cas suspects de paludisme ont bénéficié d'un test parasitologique (TDR, Microscopie) ;
- Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés dans les formations sanitaires ont reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales ;
- Au moins 90% des cas de paludisme grave confirmés dans les formations sanitaires ont reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales;
- Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés par les relais communautaires ont reçu un traitement antipaludique correcte dans les 24 heures conformément aux directives nationales;
- Au moins 80% de la population connaissent les signes majeurs et les mesures nationales de prévention du paludisme ;
- Au moins 80% des rapports d'établissements de santé attendus ont été reçus au niveau national.

### **3.6. Principales stratégies et interventions de lutte contre le paludisme**

#### **3.6.1. Coordination et Gestion du programme**

- ***Objectif de la Gestion du Programme :***

Renforcer les capacités de gestion du programme à tous les niveaux.

- ***Liste des Interventions :***

- Assurer la coordination des activités de la lutte contre le paludisme
- Assurer le fonctionnement régulier des services du programme
- Renforcer le partenariat avec les différents intervenants
- Mobiliser les ressources financières

- ***Descriptions des interventions :***

- **Coordination des activités**

Pour mener à bien la lutte contre le paludisme au Niger le système national de coordination sera renforcé au niveau central ainsi que dans les coordinations régionales et au niveau des points

focaux des districts. Aussi le cadre de concertation sera redynamisé avec tous les partenaires intervenant dans la lutte contre le paludisme.

- **Renforcement des capacités et fonctionnement régulier des services du programme :**

Le programme va entreprendre le développement des ressources humaines, produire des manuels de procédures et de gestion, assurer la disponibilité permanente des intrants pour garantir la continuité des soins aux niveaux des formations sanitaires.

- **Renforcer le partenariat avec les différents intervenants :**

Le PNLN entend mener des réformes afin d'améliorer le partenariat avec tous les intervenants. Pour cela des rencontres périodiques seront organisées à tous les niveaux pour une meilleure gestion du programme.

- **Mobiliser les ressources financières**

Il sera demandé à l'Etat de poursuivre l'effort d'accroissement des ressources financières allouées à la lutte contre le paludisme. Aussi des mobilisations des ressources internes et externes seront entreprises d'une part par l'organisation des plaidoyers à l'endroit du secteur privé national, des parlementaires, de la société civile et d'autre part, par la tenue des tables rondes de mobilisations des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme.

• **Résumer du budget GP :**

**Tableau 9 : Résumé budget GP**

INTERVENTIONS	2017	2018	2019	2020	2021	Total FCFA	Total Euro
Renforcement des capacités	392 959 723	865 368 121	531 681 673	333 248 121	420 342 473	<b>2 543 600 111</b>	<b>3 877 693</b>
Renforcement Coordination	27 000 000	27 000 000	27 000 000	27 000 000	27 000 000	<b>135 000 000</b>	<b>205 806</b>
Renforcement du Partenariat	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	<b>125 000 000</b>	<b>190 561</b>
Mobilisation des ressources	<b>4 445 000</b>	<b>4 445 000</b>	<b>4 445 000</b>	<b>4 445 000</b>	<b>4 445 000</b>	<b>22 225 000</b>	<b>33 882</b>
<b>TOTAL GP</b>	<b>449 404 723</b>	<b>921 813 121</b>	<b>588 126 673</b>	<b>389 693 121</b>	<b>476 787 473</b>	<b>2 825 825 111</b>	<b>4 307 943</b>

### 3.6.2. Lutte anti vectorielle (LAL, AID, MILDA)

• **Objectifs de la LAV :**

- Amener au moins 80% de la population des zones à risque de paludisme à dormir sous moustiquaires imprégnées à longue durée d'action d'ici 2021;
- Protéger au moins 80% de la population des zones ciblées par les Pulvérisations Intra Domiciliaires d'ici 2021;
- Réduire la densité larvaire de 80% dans l'ensemble des régions du pays d'ici 2021.

• **Liste des Interventions :**

- Renforcement des capacités en Lutte Anti-Vectorelle ;

- Accès Universel aux MILDA ;
- Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) des 6 districts éligibles ;
- Pulvérisation Extra Domiciliaire (PED) dans les chefs lieux des régions ;
- Lutte Anti Larvaire ;
- Gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides.

- **Description des interventions :**

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

Il s'agira tout d'abord de renforcer les capacités du laboratoire d'entomologie du PNLP en équipements, consommables et réactifs. En outre les connaissances du personnel de santé qui a en charge la mission de lutte contre les vecteurs seront renforcées. Ce renforcement de capacités se fera à travers des formations et de recyclage et concernera différentes catégories de personnels. Ces formations viseront les agents de santé à tous les niveaux. Ceci permettra à terme de disposer de personnels compétents, capables de conduire les activités de lutte anti- vectorielle. L'autre volet du renforcement des capacités consistera à la révision des plans nationaux de LAV et de gestion des pesticides à travers des ateliers nationaux de révision et de validation.

- **Accès Universel aux MILDA**

La politique nationale en matière de prévention, fait une place importante à la promotion de l'utilisation des MILDA. Celle-ci se fera, à travers le marketing social et visera à permettre d'atteindre l'accès universel. En ce qui concerne la quantification, le principe d'estimation basé sur 1 MILDA pour 1,8 personne sera maintenu.

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

Les actions prévues concerneront en particulier :

L'acquisition de MILDA nécessaires et l'approvisionnement des régions et districts : Il s'agira d'acquérir et de mettre à la disposition des districts sanitaires ciblés, des MILDA destinées aux campagnes de distribution de masse ;

L'organisation de la gestion adéquate des unités de stockage des MILDA ;

L'organisation des campagnes de masse de distribution des MILDA : Avant la mise en œuvre des campagnes de distribution de masse, Chaque district sanitaire, produira un plan opérationnel adapté aux réalités de la zone à partir d'un atelier avec les différents acteurs impliqués dans cette activité. Ce travail sous la coordination des districts sanitaires, verra la participation des acteurs de santé mais également des élus locaux, de la communauté ou tout autre organisme ou association impliqué dans des activités du système de santé ;

Le suivi- évaluation des activités des campagnes de distribution de masse des MILDA ;



Le remplacement des MILDA hors usage à travers la distribution de routine (CPN) ou à travers les dépôts pharmaceutiques communautaires ;

La réalisation du contrôle de qualité des MILDA distribuées : Il s'agira, de réaliser systématiquement sur un échantillon de MILDA 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 MILDA avant leur distribution et de faire le feed back au fournisseur en cas de problème ;

Un suivi de la durabilité et la bio efficacité des MILDA distribuées lors des campagnes de distribution de masse : Il s'agira d'évaluer l'efficacité des MILDA dans les conditions du terrain à travers le suivi d'un échantillon de ces MILDA à intervalles réguliers (3 ou 6 mois) à partir du moment de la distribution jusqu'à ce qu'environ 50% soient perdues. Cela permettra d'avoir des informations claires sur la durée de vie et l'efficacité d'une MILDA sur le terrain ;

La promotion de l'utilisation des MILDA.

#### **- Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) des 6 districts sanitaires éligibles**

Cette intervention concernera les districts sanitaires à risque épidémique conformément à la politique nationale de lutte contre le paludisme. Le plan stratégique 2017-2021, prévoit la mise en œuvre de cette intervention dans six (6) districts sanitaires ciblés. Chaque district, produira un plan opérationnel adapté aux réalités de la zone à partir d'un atelier avec les différents acteurs impliqués dans cette activité. Ce travail sous la coordination des districts sanitaires, verra la participation des acteurs de santé mais également des élus locaux, de la communauté ou tout autre organisme ou association impliqué dans des activités du système de santé. La mise en œuvre des opérations de PID s'appuiera sur le Manuel opérationnel des PID de l'OMS adapté au contexte local. Il est prévu de faire un cycle de traitement par district sanitaire et par an, juste avant la période de haute transmission du paludisme. La mise en œuvre est prévue pour une période de 7 jours par district sanitaire. Une réunion de restitution et de validation des résultats des campagnes sera organisée au niveau de chaque district sanitaire après la campagne de PID. Les activités de contrôle de la qualité de l'application seront effectuées dans tous les districts, une fois durant la période de l'application. Le suivi de la rémanence de l'insecticide pulvérisé sera effectué chaque mois dans tous les districts sanitaires traités.

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

- La collecte des données entomologiques et épidémiologiques de base du paludisme dans les 6 districts sanitaires éligibles pour la PID : Des études entomologiques et épidémiologiques de base seront conduites par le PNLP dans un site sentinelle de chacun des district sanitaire éligible en collaboration avec les DRSP et les cadres des districts ciblés afin de connaître la situation du vecteurs et du paludisme avant la mise en œuvre de l'intervention ;
- L'organisation des missions d'information des autorités sanitaires et administratives locales : Des missions seront effectuées dans les districts ciblés pour d'une part, informer les autorités administratives et sanitaires, et d'autre part, évaluer les opportunités locales notamment en termes de stockage, de logistique, et collecter d'autres données utiles à la planification des opérations. Ces missions seront effectuées par des équipes du niveau central avec l'appui du niveau régional et du district.

- La cartographie des ménages des zones ciblées : Il s'agit de cartographier tous les ménages de la zone à traiter. Il est également prévu de procéder à la réactualisation des données démographiques et l'estimation du nombre et de la taille moyenne des structures à traiter. Cette cartographie des différentes localités ciblées sera réalisée avant le démarrage des opérations de PID. Cette activité sera réalisée par des équipes du niveau central avec l'appui du niveau régional et du district ;
- L'acquisition d'équipements, matériels de protection, consommables et insecticides pour la PID : Il s'agira d'acquérir et de mettre à la disposition des districts sanitaires éligibles, des équipements, matériels de protection, consommables et insecticides nécessaires pour la mise en œuvre des opérations de PID ;
- La réalisation des tests d'efficacité de l'insecticide destiné à la PID dans les districts sanitaires éligibles ;
- Le renforcement des compétences des agents de santé et brigadiers sanitaires en PID à tous les niveaux ;
- La réalisation des opérations de 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 éligibles : Il sera organisée une mission une à deux semaines après le traitement afin d'évaluer la qualité de l'application et l'efficacité du produit. Ce contrôle se fera selon le protocole standard de l'OMS (WHPOES, 2013). Pour le suivi de la rémanence de l'insecticide, la même procédure sera respectée mais donnera des informations sur la durée d'efficacité du traitement. Il se fera de manière mensuelle et continue jusqu'à ce que le niveau d'efficacité soit au-dessous du seuil fixé par l'OMS (80%) ;
- La réalisation d'études post campagne PID sur la situation épidémiologique et entomologique du paludisme ;
- La gestion des déchets : Elle prend en compte la gestion de l'environnement lors du transport des insecticides et des opérations de PID en conformité avec les exigences de la législation nationale en vigueur et les différentes conventions internationales ratifiées par le pays.

- **Pulvérisation Extra Domiciliaire (PED)**

Cette intervention consiste à faire des aspersion extra domiciliaires d'insecticide à effet rémanent en vue de tuer les moustiques adultes. Elle sera réalisée dans les grandes villes du pays comme mesure complémentaire à la lutte anti larvaire par utilisation des biolarvicides afin de contribuer efficacement à l'atteinte des résultats escomptés. Cette intervention, sous la conduite du PNLP et des experts Cubains, sera réalisée en collaboration avec les DRSP, les districts sanitaires, les autorités administratives et coutumières et les populations locales. Quatre (4) cycles de pulvérisation extra domiciliaire sont prévus dans les grandes villes du pays chaque année. Ces opérations de PED seront faites concomitamment aux activités de traitement des gîtes larvaires par utilisation des biolarvicides.

L'organisation des opérations de PED se fera à travers :

- L'approvisionnement des grandes villes du pays en équipements, matériels de protection, consommables et insecticides nécessaires à la PED ;

- La réalisation des opérations de PED dans les grandes villes du pays ;
- Le suivi-évaluation des opérations de PED.

- **Lutte Anti Larvaire**

En tant qu'intervention qui vise à réduire le contact hommes/vecteurs, elle est déjà mise en œuvre par le Ministère de la Santé Publique sur toute l'étendue du territoire et viendra en complément de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'Action (MIILDA). La lutte anti larvaire est une méthode utile dans la lutte contre le paludisme, en particulier dans les endroits où les gîtes larvaires sont accessibles et relativement limités en nombre et en taille. Ces critères sont rencontrés dans les zones urbaines et rurales, où l'utilisation des biolarvicides peut être combinée avec la pulvérisation extradomiciliaire dans les zones tampons, notamment les quartiers situés en périphérie des villes.

Dans le cadre du PSN 2017 – 2021, la mise en œuvre de cette intervention se fera à travers les volets suivants :

- La lutte anti larvaire par utilisation des biolarvicides : Elle se fera dans le cadre du projet Niger-Cuba de lutte contre le paludisme par utilisation des biolarvicides. Elle consiste à traiter les gîtes larvaires avec le *Bacillus sphaericus* et le produit GRISELESF. Cette intervention sera conduite par le PNLP en collaboration avec la coopération Cubaine (LABIOFAM) sur l'ensemble du pays. Une mission de prospection terrain, une enquête entomologique de base et une cartographie des gîtes larvaires ont été réalisées par le PNLP en collaboration avec les Experts Cubains dans quatre (4) régions du pays sur les huit (8) en 2016. Cela a permis d'évaluer certaines opportunités et difficultés à prendre en compte dans la mise en œuvre de l'intervention, de disposer des données de base sur les vecteurs du paludisme et d'identifier les gîtes larvaires existants à travers une cartographie. Ces activités seront également conduites dans chacune des quatre (4) régions restantes avant l'application des biolarvicides dans ces localités. Avant la mise en œuvre de l'intervention, des ateliers de formation des acteurs seront organisés à tous les niveaux. En outre toutes les régions ciblées par l'intervention seront approvisionnées en biolarvicides, logistique, équipements et matériels nécessaires au traitement des gîtes larvaires. Quatre (4) cycles de traitement des gîtes larvaires sont prévus par an dans chaque district sanitaire ;
- La destruction physique des gîtes larvaires : Elle se fera par les communautés avec l'appui des collectivités territoriales et les ONGs locales œuvrant dans le domaine de la santé. Elle consiste à lutter contre le développement des larves des moustiques en détruisant leurs gîtes par le drainage, l'écoulement des eaux, le remblayage et l'intervention sur les berges du fleuve, les mares, marigots, lacs ...etc pour les rendre impropres au développement des moustiques ;
- L'Assainissement de base : Cette action qui sera menée par les communautés et les ONGs locales viendra en appui aux deux (2) premières actions à travers un programme d'assainissement de l'environnement domiciliaire et péri domiciliaire afin de réduire au maximum la prolifération des moustiques par des actions à base communautaire. Ces actions seront soutenues par une sensibilisation intense de la population et consisteront essentiellement à l'enlèvement, l'élimination des ordures ménagères et au remblayage des gîtes larvaires (au moyen des pierres, terres et autres matières organiques), le drainage des eaux de certains gîtes et le désherbage.

- **Gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides.**

La résistance des vecteurs aux insecticides est un phénomène qui prend de plus en plus une ampleur en Afrique subsaharienne. Pour rendre performantes les interventions de lutte antivectorielle, des dispositions particulières doivent être prises pour lutter contre ce phénomène. C'est dans ce cadre que le présent PSN prévoit des activités de lutte antivectorielle entrant dans le cadre de la gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides. Cette intervention consiste à mener des activités de lutte antivectorielle visant à minimiser l'action du phénomène de la résistance des vecteurs sur les interventions de lutte contre le paludisme menées par le PNLP et ses partenaires.

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 : Des études entomologiques et épidémiologiques de base seront conduites par le PNLP dans un site sentinelle de chacun des districts sanitaires retenus en collaboration avec les DRSP et les cadres des districts afin de connaître la situation des vecteurs et du paludisme avant la mise en œuvre de l'intervention ;
- le suivi chaque année, de la résistance des vecteurs aux insecticides sur les sites retenus dans le PNSGRVI : Des missions terrain seront dépêchées chaque année au niveau des sites sentinelles de surveillance de la résistance des vecteurs aux insecticides retenus dans le PNSGRVI en vue de tester la sensibilité de Anophèles aux différentes familles des insecticides utilisées dans la lutte contre les vecteurs en santé publique. Cela permettra d'une part de disposer des informations sur l'efficacité des différents insecticides utilisés dans la lutte antivectorielle et d'autre part établir chaque année la carte de la résistance des vecteurs aux insecticides ;
- Acquisition et la mise en place des équipements, matériels de protection, insecticides et consommables de la PID dans les districts ciblés pour la gestion de la résistance ;
- L'organisation des campagnes de PID dans les districts ciblés pour la gestion de la résistance : Chaque district, produira un plan opérationnel adapté aux réalités de la zone à partir d'un atelier de micro planification avec les différents acteurs impliqués dans cette activité. Ce travail sous la coordination des districts sanitaires, verra la participation des acteurs de santé mais également des élus locaux, de la communauté ou tout autre organisme ou association impliqué dans des activités du système de santé. Une session de formation sur la PID sera organisée à l'endroit des acteurs (superviseurs, brigadiers sanitaires) au niveau de chaque district sanitaire retenu. La mise en œuvre des opérations de PID s'appuyera sur le Manuel opérationnel des PID de l'OMS adapté au contexte local. Une réunion de restitution et de validation des résultats des campagnes de PID sera organisée au niveau de chaque district sanitaire après la campagne de PID. Les activités de contrôle de la qualité de l'application seront effectuées dans tous les districts, une fois durant la période de l'application. Le suivi de la remanence de l'insecticide pulvérisé sera effectué chaque mois dans tous les districts sanitaires traités ;
- 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 retenus dans le PNSGRVI.
- Le fonctionnement de l'organe de décision pour la gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides.

- *Résumer du budget LAV par intervention :*

**Tableau 10 : Résumé du budget par intervention LAV**

INTERVENTIONS	2017	2018	2019	2020	2021	Total FCFA	Total Euro
<b>Renforcer les capacités</b>	228 909 873	73 084 843	66 595 428	106 311 643	66 595 428	541 497 216	825 507
<b>MILDA</b>	13 019 847 517	23 753 549 664	6 149 005 237	15 423 103 584	26 905 284 617	85 250 790 619	129 963 992
<b>PID</b>	1 033 398 333	829 883 533	881 883 533	845 655 838	934 883 533	4 525 704 770	6 899 392
<b>LAL</b>	2 021 096 949	1 247 602 296	847 681 295	777 681 295	897 681 295	5 791 743 130	8 829 455
<b>PED</b>	342 455 176	112 650 000	152 650 000	112 650 000	152 650 000	873 055 176	1 330 964
<b>Résistance insecticides</b>	3 571 109 335	3 573 489 031	3 575 489 031	3 575 489 031	3 575 489 031	17 871 065 459	27 244 264
<b>TOTAL LAV</b>	<b>20 216 817 183</b>	<b>29 590 259 367</b>	<b>11 673 304 524</b>	<b>20 840 891 391</b>	<b>32 532 583 904</b>	<b>114 853 856 370</b>	<b>175 093 575</b>

### 3.6.3. Gestion des approvisionnements et des Stocks

- *Objectif de la GAS :*

Assurer une disponibilité constante des intrants de lutte contre le paludisme dans 100% des districts et centre de santé intégré d'ici 2021

- *Liste des interventions :*

- Renforcement des capacités du personnel GAS et l'organisation de l'unité
- Amélioration de la disponibilité des produits (Sélection et Quantification, Achat)
- Renforcement du contrôle qualité des ILP
- Renforcement de la gestion de stock et la distribution des ILP
- Renforcement du Système d'information et de gestion logistique
- Coordination avec les partenaires
- Appui à la Lutte contre la vente illicite des ILP

- *Description des interventions :*

- **Renforcement des capacités du personnel GAS et l'organisation de l'unité**

La réorganisation de l'unité de gestion des achats et stocks du PNLN avec une meilleure définition des rôles et responsabilités de ses membres constitue l'un des chantiers de plan. Par ailleurs, le staff bénéficiera d'un renforcement de capacités par des formations en passation de marchés, gestion des achats et de stock, et logistique. Avec l'appui de ses partenaires, le Programme continuera de bénéficier d'appui technique pour le GAS.

- **Amélioration de la disponibilité des produits : Sélection et Quantification**

En vue d'améliorer le processus de sélection des intrants de lutte contre le paludisme, le PNLN en collaboration avec ses partenaires établira chaque année la liste des produits avec leurs spécifications techniques. Le PNLN participera aux activités de révision de la liste nationale des médicaments essentiels.

Un exercice de quantification des ILP sera réalisé chaque année, de même que des révisions périodiques du plan d'approvisionnement national avec la contribution de tous les partenaires. La quantification sera faite selon les méthodes courantes et sur la base des données épidémiologiques et logistiques.

- **Amélioration de la disponibilité des produits : Achat des produits**

Les acquisitions des intrants de lutte contre le paludisme issus de la quantification seront réalisées chaque année par le Ministère de la Santé et ses partenaires.

Ainsi les achats sur les fonds publics gouvernementaux suivront les procédures nationales de passation de marchés. Les partenaires quant à eux disposent de leur propre procédure interne d'achats.

Les acquisitions des ILP par le Ministère de la Santé ainsi que ceux acquis sous le financement du Fonds Mondial et de la Banque Mondiale (sauf les MILDA et produits de PID) sont livrés et stockés à l'ONPPC.

Les acquisitions de certains partenaires sont actuellement livrées dans leurs propres entrepôts. D'ici 2021, le programme mettra en œuvre une politique de coordination afin que tous les ILP acquis et à utiliser au Niger soient stockés et gérés dans les entrepôts de l'ONPPC.

- **Renforcement du contrôle qualité des ILP**

Pour garantir la qualité et l'efficacité des produits utilisés dans le cadre de la lutte contre le Paludisme, tous les produits acquis doivent respecter la législation en vigueur. Ainsi tous les médicaments antipaludiques livrés doivent bénéficier d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par le MSP du Niger, et être conformes au standard de l'OMS. De plus, des contrôles de qualité des produits seront réalisés à la livraison et pendant le stockage. Le PNLP travaillera avec la DPH/MT, le LANSPEX, l'ONPPC et les partenaires pour la mise en œuvre de cette intervention.

- **Renforcement la gestion de stock et la distribution des ILP**

L'ONPPC est la structure en charge du stockage et de la distribution des ILP du niveau central vers les districts. La distribution des médicaments et autres produits pharmaceutiques se fait par l'ONPPC qui dispose de magasins au niveau central et régional et une très longue expérience dans le domaine de la distribution. Une distribution trimestrielle s'effectuera selon le circuit établi par l'ONPPC/PNLP en adéquation avec la cartographie sanitaire.

Le partenariat ainsi établi, entre l'ONPPC et le Programme National de Lutte contre le Paludisme bénéficiant des financements du Fonds Mondial et/ou de l'UNICEF. Pour le moment, les magasins de l'ONPPC, des pharmacies de Districts et des CSI ne répondent pas entièrement aux normes de sécurité et de bonnes pratiques de stockage. Ils auront besoin d'une réhabilitation afin d'accroître leurs capacités et leurs mises en conformité avec les normes de stockage des médicaments.

A ce jour le PNLP utilise un système d'allocation pour l'approvisionnement des Districts de santé. En l'absence de données de consommation, l'unité approvisionnement du PNLP se base sur les données épidémiologiques des années antérieures pour faire la répartition des produits antipaludiques. Les quantités avec quelques ajustements sont donc allouées aux différents districts

pour des périodes de consommation fonction de la saisonnalité du paludisme. Toutefois, d'ici 2021, le PNLP envisage de changer le système actuel d'allocation par un système de réquisition ou les districts passeront leurs commandes à l'ONPPC selon un calendrier de livraison préétabli.

Pour accompagner toutes ces interventions, le PNLP envisage d'élaborer un document de plan GAS, un manuel de gestion de stock, une liste des indicateurs de mesure de la performance de la chaîne d'approvisionnement des ILP, la réalisation des inventaires trimestriels des produits au niveau central et périphérique ainsi que la formation des gestionnaires de stocks au niveau périphérique.

**- Renforcement du Système d'information et de gestion logistique**

Le PNLP en lien avec la DPH/MT va contribuer au déploiement et à l'utilisation du logiciel de gestion de stock pour les produits les ILP. De plus une évaluation pour la mise en place d'un Système d'information en gestion logistique (SIGL) sera conduite pour l'ensemble des produits et plus spécifiquement les ILP. D'ici 2021, les outils de gestion des stocks seront aussi évalués, reprographiés et mis en place au niveau des structures de santé.

**- Coordination avec les partenaires**

En mai 2015, il a été mis en place un comité technique de gestion des approvisionnements des intrants de lutte contre le Paludisme, présidé par la DPH/MT. Ce comité se réunit chaque trimestre afin de discuter des questions de coordination, de la problématique de la gestion des intrants à tous les niveaux.

**- Appui à la Lutte contre la vente illicite des ILP**

Face au grave danger que représente la vente illicite des médicaments et autres intrants, le PNLP travaillera en étroite collaboration avec les autorités nationales, les Partenaires afin d'endiguer le phénomène. Toutes les mesures de renforcement de la gestion des intrants de lutte contre le paludisme contribueront à la lutte contre ce fléau.

**• Résumer du budget GAS :**

**Tableau 11 : Résumé du budget GAS par interventions**

INTERVENTIONS	2017	2018	2019	2020	2021	Total FCFA	Total Euro
<b>Renforcer capacités</b>	116 000 000	114 000 000	6 000 000	4 000 000	0	<b>240 000 000</b>	<b>365 878</b>
<b>Selection et quantification</b>	9 822 500	5 494 000	9 822 500	5 494 000	5 494 000	<b>36 127 000</b>	<b>55 075</b>
<b>Controle qualite</b>	90 000 000	90 000 000	90 000 000	90 000 000	90 000 000	<b>450 000 000</b>	<b>686 021</b>
<b>Gestion de stock</b>	68 500 000	88 500 000	118 500 000	97 000 000	52 000 000	<b>424 500 000</b>	<b>647 146</b>
<b>Systeme d'information</b>	30 000 000	38 000 000	13 000 000	5 000 000	5 000 000	<b>91 000 000</b>	<b>138 729</b>
<b>coordination</b>	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	<b>3 000 000</b>	<b>4 573</b>
<b>TOTAL GAS</b>	<b>314 922 500</b>	<b>336 594 000</b>	<b>237 922 500</b>	<b>202 094 000</b>	<b>153 094 000</b>	<b>1 244 627 000</b>	<b>1 897 422</b>

### 3.6.4. Promotion de la Santé

- **Objectif :**

- Au moins 80% de la population connaissent les signes majeurs et les mesures nationales de prévention du paludisme.

- **Liste des interventions :**

- Intensification du plaidoyer
- Renforcement de la communication
- Renforcement de la mobilisation sociale

- **Description des interventions :**

- **Intensification du plaidoyer**

Démarche importante, Le PNLP a mis en œuvre plusieurs activités en vue de la mobilisation des ressources nécessaires pour la prévention et la prise en charge des cas de paludisme.

Le plaidoyer sera renforcé envers le secteur privé et les autres secteurs avec une identification et une exploitation d'axes de collaboration. Ce plaidoyer sera aussi élargi aux institutions de la République. Pour ce faire, une stratégie nationale de plaidoyer comportant des cibles, des parties prenantes, des activités et des objectifs précis doit être dégagée dans le plan stratégique national.

Pour mettre en œuvre cette stratégie, une structure de pilotage chargée de sa coordination est nécessaire pour s'assurer de son suivi et de son évaluation.

- **Renforcement de la communication**

Dans un contexte de mise à l'échelle de toutes les interventions, il sera nécessaire de développer une stratégie nationale de communication sur le paludisme basé sur plusieurs actions à savoir :

- Mener une recherche formative incluant les différents axes du Programme : Cette recherche permettra de disposer des informations fiables sur les déterminants des comportements, les profils des groupes cibles, les canaux de communications les plus adaptés et les supports les plus appropriés. Elle prendra également en compte les spécificités des régions géographiques et sera articulée avec les réalités épidémiologiques actuelles. Les résultats de la recherche seront essentiels dans la planification et la mise en œuvre des activités de communication.

- Mettre en œuvre la campagne de communication : Pour le PSN, l'approche est de concevoir une stratégie de communication qui intègre le plaidoyer, la communication institutionnelle, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'une campagne parapluie en soutien aux différentes interventions du PNLP pour un changement de comportement avec un slogan fédérateur et des moments forts pendant les événements spéciaux et les périodes de forte transmission.

L'élaboration de la campagne de communication se fera de manière inclusive avec les partenaires et le niveau opérationnel pour fixer les objectifs, identifier les cibles, déterminer les approches de communication, identifier les canaux, définir le positionnement de la campagne.



La campagne de communication se déroulera sur une période minimale de 12 mois suivant des phases. Elle tiendra compte des réalités régionales. La communication prendra en charge de manière cohérente les niveaux national, régional, district et communautaire. La conception, la mise en œuvre seront effectuées de sorte qu'il y'ait une cohérence et une complémentarité entre les différents niveaux et supports de communication. Ainsi les diffusions Tv, radio et les supports imprimés pour l'affichage seront articulés avec les interventions à base communautaire.

Pour obtenir des résultats en termes d'utilisation des services de prévention et de prise en charge du paludisme, l'accent sera mis sur la communication de proximité, le renforcement de la mobilisation sociale autour de la lutte contre le paludisme, la communication et l'information du public (TV, radios nationales et communautaires, média non traditionnels notamment les TIC et les panneaux LED).

La communication institutionnelle sera renforcée pour valoriser les efforts du PNLP, de ses partenaires et rehausser l'image de marque du PNLP en mettant en avant les progrès réalisés, l'engagement des acteurs, les défis. Pour ce faire, l'accent sera mis sur la consolidation de relations avec la presse à travers la diffusion de communiqués de presse, conférences ou des activités média (publireportages sur le terrain, documentaires, émissions).

Un renforcement des capacités des points focaux et des acteurs de communication est nécessaire pour une harmonisation et un alignement sur les options stratégiques.

#### **- Renforcement de la mobilisation sociale**

Le PNLP a renforcé la participation communautaire aux activités de lutte contre le paludisme par une capacitation des acteurs et une décentralisation des activités et des ressources à travers le nouveau modèle de financement du Fonds Mondial qui a permis la signature des contrats avec les radios communautaires et les animateurs communautaires.

D'autres agences d'exécution travaillent également pour la mise en œuvre d'activités communautaires pour la lutte contre le paludisme.

Il s'agira dans le PSN de renforcer la participation des communautés à la lutte contre le paludisme par une amélioration de la stratégie à travers un renforcement des capacités des communautés et l'appui aux initiatives communautaires. La valorisation de la participation communautaire se fera à travers la mise en place d'une stratégie d'émulation (déclarations d'engagement médiatisées), la documentation et le partage des bonnes pratiques. Cela devrait se traduire par le maintien de la mobilisation des acteurs autour de la lutte contre le paludisme par l'organisation des activités de masse et de proximité. Des actions de synergie seront recherchées avec certaines agences d'exécution par l'organisation de rencontres périodiques avec les partenaires.

La formation des relais et la production de supports IEC /CCC sur le paludisme pour accompagner la communication au niveau communautaire seront de mise.

Par ailleurs, la participation des communautés sera recherchée à travers la mobilisation de la société civile, de manière plus élargie aux mouvements volontaires et autres associations leaders. De ce fait l'accent sera mis sur le renforcement des capacités des acteurs de la société civile en IEC/CCC notamment sur les moyens de prise en charge et de prévention pour leur permettre de mener des activités citoyennes de lutte contre le paludisme : destruction de gîtes larvaires, activités d'IEC/CCC et appui aux campagnes de lutte contre le paludisme.

La communication événementielle sera aussi de mise en maximisant les plateformes existantes la Journée Mondiale de lutte contre le paludisme, de la Semaine Nationale de Mobilisation Sociale en faveur de la lutte contre le paludisme, la fête tournante de l'Indépendance, la Lutte Traditionnelle, la Cure Salée etc.

Un appui particulier sera accordé au secteur de l'Education à travers certaines activités telles que « écoliers contre paludisme » qui mettrons en compétition différentes écoles.

Le suivi et l'évaluation de ces activités seront de mise pour en garantir la qualité et l'efficacité. La supervision des activités d'IEC/CCC se fera en collaboration et de manière intégrée aux cadres déjà existants. La gestion et l'utilisation des données seront d'une importance capitale dans la planification et la mobilisation des communautés et des partenaires. Des rencontres de suivi seront aussi organisées au niveau communautaire.

Une base de données des activités, acteurs et ressources en IEC/CCC sur le paludisme sera constituée. Cela se fera à travers l'organisation de rencontres de partage périodiques avec les partenaires pour l'accès et l'utilisation de leurs bases de données. La diffusion et le partage des données se feront par leur mise en ligne sur le site web du PNLP.

Les réseaux sociaux seront également utilisés de même que le Journal « Anophèle » et la participation aux réunions internationales (Réunions RBM, OMS, OOAS etc.) pour servir de vitrine aux réalisations dans la lutte contre le paludisme au Niger.

Enfin la production de supports promotionnels portant les messages clés sur le paludisme et/ou le logo du programme contribuera à la visibilité du PNLP.

L'édition d'un chant comme Hymne National du PNLP sera aussi de mise.

- **Résumer du budget Promotion de la Sante :**

**Tableau 12 : Résumé du budget promotion de la sante par intervention**

INTERVENTIONS	2017	2018	2019	2020	2021	Total FCFA	Total Euro
<b>Plaidoyer</b>	50 421 889	43 715 600	35 265 600	43 715 600	35 265 600	208 384 289	317 680
<b>Communication</b>	399 514 540	153 444 692	472 539 010	148 500 260	304 355 260	1 478 353 762	2 253 736
<b>Mobilisation Sociale</b>	162 996 820	151 996 820	157 996 820	151 996 820	157 996 820	782 984 100	1 193 652
<b>TOTAL IEC/CCC</b>	<b>612 933 249</b>	<b>349 157 112</b>	<b>665 801 430</b>	<b>344 212 680</b>	<b>497 617 680</b>	<b>2 469 722 151</b>	<b>7 530 134</b>

### 3.6.5. Prise en charge du Paludisme

#### 3.6.5.1. Diagnostic biologique :

- **Ojectifs :**

Au moins 90% des cas suspects de paludisme ont bénéficié d'un test parasitologique (TDR, Microscopie).

- **Liste des interventions :**

- Renforcement de capacité des techniciens de laboratoire
- Suivi de la mise en œuvre de diagnostic par les TDR et la microscopie
- Test d'efficacité des CTA et de sensibilité des TDR

- **Description des Interventions :**

- **Renforcement de capacité des techniciens de laboratoire**

Il est prévu une formation de renforcement de capacité de 4 jours aux techniciens de laboratoire chaque année en vue de partager avec eux l'intérêt et l'importance capitale de diagnostic parasitologique dans le cadre de lutte contre le paludisme. Dans le même ordre d'idée il est prévu la sensibilisation des techniciens en matière d'identification des espèces et la quantification des parasites circulant dans le sang du patient d'une part et d'autre part cela permettra aussi de comprendre l'évolution de la charge parasitaire chez les patients sous traitement par un CTA.

Dans le cadre de biologie moléculaire un renforcement de capacités des agents continue sera organisé sur les procédures de prélèvement et de recueil de sang sur papier filtre, ou buvard, de l'étiquetage, du séchage, de l'emballage et de la conservation des papiers destinés à la biologie moléculaire. Il est aussi prévu une formation de perfectionnement de deux agents de biologie dans le cadre toujours de la biologie moléculaire.

- **Acquisition des consommables de laboratoire et intrants**

Des microscopes binoculaires, des compteurs à deux touches et des consommables de laboratoire pour le diagnostic microscopique seront acquis pour renforcer le plateau technique des laboratoires. Compte tenu de la situation actuelle du paludisme au Niger, Les TDR plus sensibles seront acquis et placés dans les formations sanitaires sans microscopes et au niveau communautaire. Les matériels et consommables de laboratoire seront aussi acquis et placé au niveau des sites sentinelles.

- **Suivi de la mise en œuvre de diagnostic par les TDR et la microscopie**

Un contrôle de la qualité de TDR au niveau central à la réception et au niveau opérationnel sera organisé pour s'assurer de la qualité des TDR. Une liste des TDR qui seront utilisés dans le pays, sera réactivée et publiée.

Des supervisions seront organisées sur l'ensemble des laboratoires des districts et hôpitaux de même que ceux des structures privées et parapubliques pour apprécier la maîtrise des techniques de diagnostic microscopique par les techniciens de laboratoires. Un contrôle de la qualité du diagnostic microscopique sera fait pour apprécier la performance des techniciens. Les contrôles de qualité du diagnostic microscopique au niveau des régions seront instaurés.

- **Test d'efficacité des CTA et de sensibilité des TDR**

Il est prévu chaque deux ans une étude sur l'efficacité des Combinaisons thérapeutique à Base d'Artémisinine CTA utilisés dans le pays et celle des Tests de Diagnostique Rapide TDR utilisés. Cette évaluation permettra de notifier et ou vérifier la qualité de ces molécules (CTA) et les TDR les plus sensible conformément aux recommandations de l'OMS pour la détection des parasites.

### 3.6.5.2. Chimio-prévention saisonnière chez l'enfant :

- **Objectifs :**

- Au moins 80% des enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées par la chimio-prévention du paludisme saisonnier ont bénéficié d'une protection adéquate avec 4 passages durant la dernière période de haute transmission du paludisme;

- **Liste des Interventions**

- Réunions de Coordination, Plaidoyer et Plan de mise en œuvre ;
- Production et diffusion des messages ;
- Formations Renforcement de capacités des acteurs
- Mise en œuvre de la CPS ;
- Suivi évaluation de la Campagne
- Etudes

- **Description des interventions :**

- **Réunions de Coordination, Plaidoyer et Plan de mise en œuvre ;**

Des réunions et des discussions avec les autorités administratives, sanitaires, les leaders communautaires et ceux qui peuvent contribuer à la mobilisation sociale doivent être organisées le plus tôt possible en combinant les moyens utilisés au niveau national. Il convient par ailleurs d'accorder une attention particulière aux communautés les plus pauvres et aux zones difficiles d'accès, dans la mesure où ces zones concentrent la cible la plus vulnérable qui pourrait ne pas être représentée par de leaders influents. Un plan de mise en œuvre de la campagne sera élaboré par le PNLP et ses partenaires.

- **Elaboration des outils de collecte de données, production et diffusion des messages ;**

Dans le cadre la mise en œuvre de la campagne de chimio prophylaxie, un atelier sera organisé pour l'élaboration et la validation des outils de collecte et de gestion ainsi que les supports de communication.

- **Renforcement de capacités des acteurs**

Il se fera en cascade du niveau central au niveau périphérique à l'aide des modules de formation préalablement élaborés, Du niveau central vers les DRSP; Du niveau DRSP vers les DS; Du niveau district vers les CSI; Du niveau CSI vers les CS et DC.

- **Mise en œuvre de la CPS.**

Une campagne d'information déterminera au préalable les dates et les itinéraires des équipes. Chaque campagne mensuelle durera 03 à 05 jours, mais c'est seulement le premier jour que

l'observance des médicaments (AQ+ SP) se fera sous la surveillance de l'agent distributeur, les deux jours suivants les médicaments sont confiés aux mamans quelque soit la stratégie. La distribution se fera par des Distributeurs Communautaires en Porte à porte dans les grandes localités de plus de 2000 habitants et en Fixe dans les petites localités de moins de 2000 habitants.

**- Suivi évaluation des activités CPS**

Le suivi des progrès et des performances des équipes se fera à travers le monitoring de la mise en œuvre de la stratégie. Il s'agira de suivre l'évolution journalière de la couverture des enfants en CPS et de la manifestation d'effets secondaires aux différents niveaux. C'est la collecte, le traitement et la transmission des données qui suivront le circuit habituel de l'information (du niveau périphérique vers le niveau central avec un retour d'information à tous les niveaux). Des actions sur la surveillance de la pharmacovigilance sur la base des outils élaborés seront mises en œuvre en collaboration avec la DPHL/MT et les structures de référence. Le point de la mise en œuvre de la stratégie CPS sera fait lors des rencontres des structures de coordination. Les campagnes seront intégrées dans les micros planifications des DRSP à fin d'éviter les superpositions des activités. L'évaluation de la stratégie sera faite à partir des résultats d'une enquête comparative (enquête avant et après la mise en œuvre de la stratégie) de la prévalence et la mortalité liées au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans les localités de mise en œuvre.

**- Etudes**

Suite à ces effets secondaires et la résistance qui s'était avérée, l'amodiaquine avait été abandonnée dans le traitement et la prévention du paludisme. Cependant, récemment des études ont montré que l'association amodiaquine et sulfadoxine/pyriméthamine aboutissait à de meilleurs résultats cliniques et parasitologiques que ceux obtenus une fois administrés séparément. Néanmoins il est impératif de mener une étude sur la sensibilité du plasmodium falciparum aux des médicaments (AQ – SP) qui seront utilisés dans la stratégie CPS au Niger. Le but de cette étude sera de mesurer l'efficacité de l'AQ – SP sur le plasmodium faciparum.

**• Résumer du budget :**

**Tableau 13 : Résumé budget CPS.**

<b>INTERVENTIONS</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Total FCFA</b>	<b>Total Euro</b>
<b>Réunions de Coordination</b>	292 655 900	230 655 900	292 655 900	230 655 900	230 655 900	<b>1 277 279 500</b>	<b>1 947 200</b>
<b>Production diffusion messages</b>	412 218 300	163 269 000	191 888 300	375 426 000	191 638 300	<b>1 334 439 900</b>	<b>2 034 341</b>
<b>Formations</b>	418 649 334	400 649 334	400 649 334	400 649 334	400 649 334	<b>2 021 246 670</b>	<b>3 081 371</b>
<b>Mise en œuvre de la CPS</b>	5 474 566 300	5 442 966 300	5 474 566 300	5 442 966 300	5 442 966 300	<b>27 278 031 500</b>	<b>41 585 091</b>
<b>Suivi évaluation</b>	884 885 736	884 885 736	884 885 736	884 885 736	884 885 736	<b>4 424 428 680</b>	<b>6 744 998</b>
<b>Etudes</b>	122 000 000	58 000 000	58 000 000	122 000 000	58 000 000	<b>418 000 000</b>	<b>195 135</b>
<b>TOTAL CPS</b>	<b>7 604 975 570</b>	<b>7 180 426 270</b>	<b>7 302 645 570</b>	<b>7 456 583 270</b>	<b>7 208 795 570</b>	<b>36 753 426 250</b>	<b>55 588 135</b>

### 3.6.5.3. Prévention du paludisme chez la femme enceinte

- **Objectifs**

- Protéger les femmes enceintes vues en CPN par le TPI à la SP, avec un taux d'achèvement de TPI3 d'au moins 90% d'ici fin 2021;
- Protéger les femmes enceintes avec les MILDA en augmentant leur utilisation au cours de la grossesse à au moins 80% d'ici fin 2021.

- **Liste des interventions**

Pour cette intervention, les stratégies suivantes seront mises en œuvre :

- Disponibilité des intrants SP (TPI), MILDA et kits TDO lors CPN (fixe et foraine);
- Promotion de l'utilisation du TPI et des MILDA chez les femmes enceintes ;
- Coordination et Suivi et évaluation des activités de prévention du paludisme chez la femme enceinte.

- **Description des interventions :**

- Prévention du paludisme pendant la grossesse
- Promotion de l'utilisation du TPI et des MILDA chez les femmes enceintes
- Mise en œuvre du TPI
- Coordination et Suivi/évaluation des activités

- **Prévention du paludisme pendant la grossesse**

La stratégie de prévention du paludisme chez la femme enceinte est coordonnée par la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) et le PNLP. Elle est mise en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon les normes définies dans la politique nationale de lutte antipaludique et consistent à :

- Administrer au moins 3 doses de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) lors des CPN, à partir du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse jusqu'à l'accouchement et en respectant un intervalle d'un mois entre deux prises. L'administration de la SP se fait par Traitement Directement Observé (TDO) sous supervision d'un agent de santé qualifié.
- Fournir une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) à toute femme enceinte vue pour la première fois en CPN et lui donner des conseils sur son utilisation.

- **Promotion de l'utilisation du TPI et des MILDA chez les femmes enceintes**

Les défis liés à la couverture en TPI3 font que le plaidoyer, le marketing social doivent être intensifiés pour permettre une meilleure mise en œuvre de cette intervention.

L'atteinte des objectifs de couverture du TPI passera par une bonne implication du secteur privé qui capte une frange importante de la cible des femmes enceintes. Ainsi des séances de plaidoyer et de vulgarisation des directives nationales de la stratégie de prévention du paludisme chez la femme enceinte seront organisées à l'intention des formations sanitaires privées.

#### - **Mise en œuvre du TPI**

Conformément aux orientations du PNLP, la mise en œuvre du TPI chez la femme enceinte devra être maintenue pour assurer une meilleure protection de cette cible vulnérable contre le paludisme. Le TPI ayant passé de deux (2) de SP à au moins 3 doses de SP, il sera nécessaire d'améliorer le taux d'achèvement de l'indicateur de suivi : TPI3.

Ainsi un plan de relance national sera mis en place avec un ensemble d'activités à tous les niveaux pour augmenter le niveau d'implication et d'appropriation des acteurs de mise en œuvre et des bénéficiaires.

La dimension communautaire du TPI sera discutée pour essayer de trouver les solutions quant à la faible observance du traitement au niveau de certaines zones. Des solutions allant dans le sens d'une meilleure mise à contribution des acteurs communautaires devront permettre de venir à bout de ces goulots d'étranglement identifiés.

#### - **Coordination et Suivi/évaluation des activités**

Pour garantir la qualité de la mise en œuvre du TPI, un dispositif de suivi/évaluation sera mis en place à travers des réunions trimestrielles de coordination avec les acteurs de mise en œuvre de la santé de la mère, le suivi semestriel des intrants de la prévention du paludisme chez la femme enceinte et l'organisation d'un atelier national annuel de la stratégie TPI pour s'assurer de la bonne exécution des activités planifiées mais aussi pour faciliter le renseignement des indicateurs fixés.

##### • **Résumer budget :**

**Tableau 14 : Résumé du budget TPI**

<b>INTERVENTIONS</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Total FCFA</b>	<b>Total Euro</b>
<b>TOTAL PFE</b>	642 389 308	709 220 705	689 392 173	724 643 872	743 973 037	3 509 619 094	5 350 380

#### **3.6.5.4. Pour la prise en charge des cas**

##### • **Objectifs :**

- Au moins 80% des enfants de 0 à 5 ans ont bénéficié d'un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures conformément aux directives nationales;
- Au moins 90% des cas suspects de paludisme vus en consultations externes dans les formations sanitaires et la communauté (relais) ont bénéficié d'un test parasitologique (microscopie ou TDR) conformément aux directives nationales ;
- Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés dans les formations sanitaires ont reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales ;
- Au moins 90% des cas de paludisme grave confirmés dans les formations sanitaires ont reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales;

- Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés par les relais communautaires ont reçu un traitement antipaludique correcte dans les 24 heures conformément aux directives nationales ;

- **Liste des Interventions**

- Le renforcement de l'application des directives nationales;
- Le Renforcement de capacités des acteurs
- La mise en place d'outils de surveillance dans les structures hospitalières ;
- Le renforcement du réseau de laboratoire
- L'amélioration de la disponibilité des Intrants
- La promotion de l'utilisation des TDR;
- La Redynamisation du système de pharmacovigilance;
- L'évaluation de la qualité de la prise en charge à tous les niveaux.

- **Description des interventions :**

La prise en charge des cas demeure une composante essentielle des stratégies de lutte contre le paludisme. Le diagnostic et le traitement du paludisme se fera aussi bien dans les formations sanitaires publiques et privés qu'au niveau communautaire.

Pendant la mise en œuvre de ce plan, il s'agira d'assurer un test biologique à 100% des cas suspects et un traitement antipaludique adéquat pour 100% des cas de paludisme confirmés. Les procédures du contrôle de qualité de laboratoire externe se feront au cours des supervisions ou par échanges de lames entre deux laboratoires de formations sanitaires différentes.

- **Prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires publiques et privées**

Conformément à la nouvelle politique nationale de lutte contre le paludisme révisé en 2013, tout cas suspect de paludisme sera soumis à un examen biologique (TDR ou microscopie) et seuls les cas confirmés auront un traitement antipaludique adapté conformément aux directives techniques nationales en vigueur.

La prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans dans les formations sanitaires se fera dans le cadre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

**Les cas de paludisme simple confirmés** seront traités avec les CTA, excepté chez la femme enceinte au cours du 1er trimestre de la grossesse. Au cours du 1er trimestre de grossesse la femme enceinte recevra un traitement avec la quinine orale. Dans la strate à transmission faible (hypo-endémique), tout cas de paludisme simple à *P. falciparum* traité aux CTA recevra en même temps une dose unique de Primaquine selon les directives techniques nationales en vigueur.

**Les cas de paludisme grave confirmés** seront traités avec l'artésunate par voie parentérale. En cas de non disponibilité ou d'intolérance du patient aux dérivés d'artémisinine, la quinine par voie parentérale doit alors être utilisée pour le traitement du paludisme grave confirmé.



Tout cas de paludisme grave confirmé chez la femme enceinte doit recevoir un traitement antipaludique avec l'Artésunate par voie parentérale du 1er au 3ème trimestre de la grossesse.

Dans les formations sanitaires sans infrastructure d'hospitalisation ou de moyen pour la mise en observation, les cas de paludisme grave doivent être traités avant le transfert vers une structure de référence avec les dérivés d'Artémisinine en suppositoires (Artésunate en capsule rectale : rectocaps à 50 et 200 mg) ou en parentéral, à défaut la quinine en IM.

Devant l'intérêt spécifique accordé à la prévention des décès hospitaliers, les cas de paludisme grave vus dans les services de pédiatrie, les centres hospitaliers, les centres de référence et les hôpitaux de districts sanitaires seront dotés en Artésunate injectable pour la prise en charge du paludisme grave pour les enfants de moins de 5 ans et les adultes.

A travers ce PSN, le PNLP assurera pour toutes les formations sanitaires publiques la disponibilité des antipaludiques, des TDR, des réactifs et consommables de laboratoire et autres matériels.

### **Prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire (PECADOM/ICCM)**

La Prise en charge des cas à domicile (PECADOM) est une stratégie retenue par le Niger pour pallier à la faible couverture des services sanitaires publics du pays.

Cette stratégie consiste à la prise en charge par les relais communautaires des cas de paludisme simple chez les enfants de 2 à 59 mois, notamment le diagnostic des cas suspects de paludisme avec les TDR et le traitement des cas confirmés avec des CTA.

La prise en charge du paludisme chez les enfants de 2 à 59 mois au niveau communautaire se fera dans le cadre de la prise en charge intégrée des maladies meurtrières de l'enfant (diarrhée, pneumonie et malnutrition) (ICCM) pour plus d'efficacité, d'efficience et d'impact sur la mortalité infanto-juvénile.

Vu la faible couverture sanitaire du pays la stratégie PECADOM sera mise à l'échelle de la population.

Les actions suivantes seront entreprises dans le cadre de cette stratégie :

- Extension progressive de la couverture PECADOM/ICCM dans les localités éligibles des districts sanitaires du pays avec la formation et l'équipement des RCom ;
- Approvisionnement régulier des relais communautaires formés en TDR et ACT ;
- Promotion des activités de prévention et de traitement à base communautaire dans les localités retenues pour la PECADOM/ICCM ;
- Suivi et évaluation des résultats et de l'impact de la prise en charge des maladies de l'enfant au niveau communautaire.

Lors de la mise à jour de la politique nationale de prévention et de traitement du paludisme en Mai 2013, il a été retenu de poursuivre la décentralisation de la PEC du paludisme avec des ACT jusqu'au niveau des ménages. A cet effet, il a été demandé de mettre en place un système de PEC du paludisme à base communautaire conformément aux directives de l'OMS (PECADOM, ICCM). Des expériences encourageantes existent sur la prise en charge à domicile des cas de paludisme avec la mise en œuvre, dès lors, il semble important de s'inspirer de ces expériences pour développer des stratégies alternatives afin de prendre en charge efficacement et précocement les cas de paludisme surtout chez les enfants de moins de cinq (5) ans, qui constituent une cible particulièrement vulnérable de l'affection.

Au niveau régional, un projet intégré contre les Maladies Tropicales Négligées et le Paludisme au Sahel, se propose d'appuyer le Burkina Faso, le Mali, et le Niger pour alléger collectivement le fardeau du paludisme et des maladies tropicales négligées.

Dans les perspectives d'une extension de la Prise en Charge des Cas de paludisme à Domicile au niveau communautaire dans d'autres districts, le PNLP procédera à la mise en œuvre de cette stratégie dans le District Sanitaire de Say qui compte 23 CSI. En effet cette mise en œuvre est justifiée entre autre par la faible couverture sanitaire du district (43%), l'existence de nombreux cours d'eaux permanents. La mise en œuvre se fera à travers : i) le recrutement ; ii) la formation et la mise en place des relais communautaires pour prendre en charge les cas paludisme dans la communauté ; iii) la mise en place des intrants et de l'équipement du relais ; iv) le ravitaillement ; v) la supervision, la sensibilisation et le plaidoyer.

- **Résumer budget PEC :**

**Tableau 15 : Résumé budget PEC**

INTERVENTIONS	2017	2018	2019	2020	2021	Total FCFA	Total Euro
<b>BIOLOGIE</b>	269 386 604	75 727 000	166 782 922	83 367 964	75 071 462	670 335 952	1 021 921
<b>TRAITEMENT</b>	6 243 182 989	4 893 448 336	3 620 114 866	3 932 951 443	2 802 169 229	21 491 866 862	32 764 140
<b>PECADOM/iCCM</b>	4 278 452 132	3 612 167 424	3 693 521 466	4 121 913 216	8 838 716 818	24 544 771 057	37 418 262
<b>TOTAL PEC</b>	<b>10 791 021 726</b>	<b>8 581 342 760</b>	<b>7 480 419 254</b>	<b>8 138 232 622</b>	<b>11 715 957 509</b>	<b>46 706 973 871</b>	<b>71 204 323</b>

### 3.6.6. Suivi - Evaluation et Recherche

- **Objectifs Spécifiques :**

Assurer au moins 95% de Promptitude et 100% de complétude des données à tous les niveaux.

- **Liste des Interventions**

- Renforcement des capacités en suivi et évaluation
- Amélioration de la promptitude et complétude des données
- Amélioration de la qualité des données (Apurement et validation des données, Audit des données)
- Réalisation d'enquêtes sur les indicateurs paludisme

- **Description des interventions**

- **Renforcement des capacités**

Il s'agit ici de renforcer les compétences des agents de santé à tous les niveaux pour une harmonisation des concepts et méthodes de suivi et évaluation. Ce renforcement de capacités se fera à travers des formations et de recyclage et concernera différentes catégories de personnels.

Ceci permettra à terme de disposer de personnels compétents, capables de conduire les activités en suivi et évaluation.

La partie formation s'attèlera sur le développement d'outils de qualités pour la collecte de données de paludisme et le suivi de la mise en œuvre des activités à différents niveaux ainsi que le développement d'un système d'assurance de qualité aux données sur le paludisme, notamment l'analyse, la diffusion et l'utilisation de l'information par les acteurs, partenaires et décideurs.

En complément au système de routine classique pour la collecte et la transmission des informations, des supervisions formatives et régulières sont prévues par les différents niveaux du système de santé : central, régional et départemental. Ces supervisions permettront de renseigner la performance des prestataires de soins en les observant sur le terrain, et de vérifier la qualité des données collectées en exploitant directement les outils primaires. Ces supervisions mettront l'accent entre autres sur le respect des procédures de collecte et de transmission et de vérification de données.

#### - **Amélioration de la promptitude et complétude des données**

Le PNLP dispose d'une base de collecte de données allant du niveau opérationnel (district, CSI, cases de santé et niveau communautaire) au niveau national en passant par le niveau régional.

Au niveau des districts, les informations seront recueillies à travers des fiches saisies et analysées par l'Equipe Cadre de District (ECD) composée de deux (2) médecins, un épidémiologiste, un communicateur et un gestionnaire.

Ces informations seront transmises au niveau de la DRSP sous forme électronique et sur support papier (fiches et rapports). A ce niveau également, un deuxième contrôle est effectué et les informations sont compilées, analysées par la région avant leur envoi sous les mêmes formats au PNLP.

Le délai de transmission se fait toutes les semaines pour les Maladies à Déclaration obligatoires (MDO), les mois pour les données des cases de santé, tous les trimestres pour les données de surveillance de routine épidémiologique (Rapports Palu) et logistique collectées dans les structures sanitaires.

#### - **Amélioration de la qualité des données**

**Apurement et validation des données :** Des ateliers seront organisés dans le but d'avoir les données apurées et validées. Il s'agit d'analyser les données avec les agents en charge de suivi et évaluation et de vérifier au préalable les rapports avant leur compilation et leur analyse selon un plan d'analyse standard consensuel. Ils permettent de dégager les tendances constatées en fonction des indicateurs recommandés afin d'orienter la prise de décision. A cet effet, des ordinateurs avec différents logiciels seront utilisés par les gestionnaires des données.

La validation permet d'apporter sur place les corrections des erreurs constatées dans les rapports envoyés au niveau supérieur. Aussi des revues trimestrielles seront elles organisées aux niveaux district et régional pour permettre les échanges entre les différents acteurs et faire une retro-information directe. La diffusion de l'information sur le paludisme est assurée à travers l'annuaire des statistiques sanitaires et/ou dans le cadre du rapport annuel du programme national de lutte

contre le paludisme. Dans la perspective d'assurer une large diffusion de l'information, le programme national de lutte contre le paludisme envisage de renforcer la base de données qui permettra de disposer des données à temps réel.

**Audit des données :** L'audit des données permettra de vérifier et d'avoir les données de bonne qualité à travers des supervisions formatives. Il se fera à l'aide d'un échantillon (2DS par région) ensuite les résultats de cet audit feront l'objet d'une restitution au niveau régional et central.

Les rapports finaux seront diffusés auprès de tous les partenaires et acteurs.

#### - Réalisation d'enquêtes sur les indicateurs paludisme

Il s'agira de rédiger et valider le protocole pour les enquêtes à mener, en collaboration avec l'INS. Prendre un échantillon sur lequel on teste les supports confectionnés pour voir l'opérationnalité de ceux-ci. Les supports utilisés lors de l'enquête permettront de renseigner les indicateurs d'effets et d'impacts du programme au niveau de la population à risque de paludisme. Les données d'enquêtes concernent à la fois la population générale et les groupes les plus à risque.

#### • Résumer Budget

**Tableau 16 : Résumé du budget S&E par interventions**

INTERVENTIONS	2017	2018	2019	2020	2021	Total FCFA (5 ans)	Total Euro (5 ans)
<b>Renforcement compétences</b>	803 713 516	783 124 877	495 183 516	600 300 000	983 538 393	3 665 860 301	5 588 568
<b>Amélioration du cadre de travail</b>	24 312 500	0	0	21 812 500	0	46 125 000	70 317
<b>Développement d'outils</b>	86 351 092	85 331 933	90 331 933	105 331 933	85 331 933	452 678 824	690 104
<b>Assurance qualité</b>	218 860 231	112 454 428	218 860 231	112 454 428	218 860 231	881 489 548	1 343 822
<b>Bonnes pratiques</b>	63 810 592	26 390 996	28 890 996	61 310 592	28 890 996	209 294 173	319 067
<b>TOTAL S&amp;E</b>	<b>2 394 095 862</b>	<b>2 014 604 468</b>	<b>1 666 533 352</b>	<b>1 802 418 906</b>	<b>2 633 243 105</b>	<b>10 510 895 693</b>	<b>16023 757</b>

### 3.6.7. Surveillance et Riposte

#### • Description des interventions

Au niveau de la Direction de la Surveillance et Riposte aux Epidémies (DSRE) du Ministère de la Santé Publique il existe un Comité National des Gestions des épidémies qui chaque semaine tient des réunions hebdomadaires avec le Clusters santé et les différentes structures pour la prise de décision en cas d'épidémies et de voir aussi la situation des autres maladies à déclaration obligatoires. Il existe aussi au niveau des régions et des districts un Comité de lutte contre les épidémies.

Le risque concerne la 2<sup>ème</sup> strate épidémiologique soit la zone méso endémique dans le cadre du suivi global des maladies épidémiques. Le suivi continu de certaines maladies à potentiel épidémique est un processus permanent de collecte, de compilation et d'analyse des données hebdomadaires pour les maladies à déclaration obligatoires, et leur diffusion à l'ensemble des acteurs au développement de la santé à travers les réunions et les bulletins hebdomadaires des maladies.

Ce suivi porte essentiellement sur la détection précoce des cas ; la prise en charge gratuite des cas ; l'information sur les maladies sous surveillance (nombre de cas, nombre de décès, nombre d'épidémies détectées et correctement maîtrisés au niveau du district) ; les interventions appropriées pour le contrôle des épidémies : à ce niveau un seuil épidémique a été installé au niveau de chaque district pour la surveillance du paludisme. Et ce suivi est fait par le responsable du centre de la surveillance épidémiologique. Pour une bonne opérationnalité du seuil, il est important de le réviser périodiquement.

Dans les cinq années à venir, la surveillance du paludisme sera intensifiée avec une meilleure intégration de tous les aspects de la lutte dans la surveillance sentinelle. Après une mise à jour des directives nationales de surveillance tous les prestataires des districts sanitaires, des hôpitaux publics et les membres des équipes cadres de district et de régions médicales seront Formés/recyclés sur la surveillance du paludisme.

- *Résumer du budget :*

**Tableau 17 : Résumé budget Surveillance et Riposte**

INTERVENTIONS	2017	2018	2019	2020	2021	Total FCFA	Total Euro
<b>Renforcer le système de surveillance</b>	71 671 500	21 137 000	21 137 000	71 671 500	21 137 000	<b>206 754 000</b>	<b>315 194</b>
<b>Appuyer la Gestion des épidémies</b>	21 366 000	21 366 000	21 366 000	21 366 000	21 366 000	<b>106 830 000</b>	<b>162 861</b>
<b>TOTAL LCE</b>	<b>93 037 500</b>	<b>42 503 000</b>	<b>42 503 000</b>	<b>93 037 500</b>	<b>42 503 000</b>	<b>313 584 000</b>	<b>478 056</b>

## CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PSN 2017-2021

### 4.1. Modalités de mise en œuvre du PSN 2017-2021

#### 4.1.1. Mécanisme de planification et de mise en œuvre

Le Plan Stratégique National du PNLP est un pluriannuel dont la mise en œuvre se fera à travers des plans d'action annuels. Pour accompagner et faciliter la mise en œuvre de plan stratégique, la coordination entend élaborer un plan de travail quinquennal (PTQ 2017-2021) qui est le plan opérationnel de lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

Le PTQ 2017-2021 établit le chronogramme détaillé de mise en œuvre des interventions du PSN pour les cinq années à venir, dégage les structures responsables de mise œuvre, le coût prévisionnel des actions, les livrables et les différentes sources de financement. Le PQT détermine aussi les stratégies et les activités de mise en œuvre des interventions. Le PTQ est réparti en sections annuelles ou plans annuels qui serviront de base pour l'élaboration des plans annuels conformément aux procédures de programmation du Ministère de la Santé Publique.

Les plans d'action annuels (PAA) seront mis en œuvre par les unités opérationnelles du PNLN qui a la responsabilité d'un certain nombre d'activités. Sous la responsabilité de la coordination, le plan d'action annuel sera assorti chaque mois d'un programme mensuel de mise en œuvre qui sera évalué à la fin mois afin de procéder à la programmation du mois prochain. Aussi chaque six mois sous responsabilité de Direction des Etudes et de la Programmation, le plan d'action annuel sera évalué. En fin d'année intervient aussi la revue annuelle des PAA et l'élaboration du plan d'action de l'année suivante. Ce processus est mis en place pour le niveau central comme le niveau décentralisé et déconcentré.

En plus, la mise en œuvre du PSN sera accompagnée de plusieurs documents normatifs dont un manuel d'exécution du programme, un manuel des procédures de gestion administrative, financière et comptable, un plan de suivi évaluation y compris le cadre de performance, un plan de passation des marchés publics et un plan de gestion des achats et des stocks.

#### **4.1.2. Système de partenariat et de coordination**

Une coordination efficace entre les partenaires est cruciale pour une lutte contre le paludisme au niveau d'un pays. Au PNLN, il existe un cadre de concertation des partenaires de Roll Back Malaria (RBM) qui regroupe l'ensemble des partenaires intervenant dans la lutte contre le paludisme, y compris les chercheurs des institutions/Universités, le secteur privé, les PTF, la société civile et les communautés.

Le PNLN entend renforcer des partenariats diversifiés et fiables, à la fois à l'échelle nationale et au niveau international, pour garantir un financement sur et durable. Ce partenariat permettra au Niger de réaliser des progrès significatifs dans la lutte contre le paludisme au cours des cinq prochaines années.

#### **4.1.3. Approvisionnement et système de gestion des achats**

La disponibilité constante des intrants de lutte contre le paludisme en quantité suffisante et de bonnes qualités contribuent au succès et à l'atteinte des résultats du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLN). La mise en œuvre des activités GAS du Plan stratégique du PNLN sera assurée en étroite collaboration avec les structures centrales habilitées (DPH/MT, ONPPC, DS, DRFM, etc..), les partenaires techniques et financiers, les Directions Régionales de la Santé Publique, les Districts Sanitaires, les Centres de Santé Intégrés et des Cases de Santé.

#### **4.1.4. Gestion des ressources financières**

Pour une gestion efficace et efficiente des ressources financières conformément aux normes d'orthodoxie financière, le programme national de lutte contre le paludisme attend se doter d'un

manuel de procédures de gestion administrative, financière et comptable et d'un plan de passation des marchés publics, d'un plan de gestion des achats et des stocks et de risque. En plus du manuel, le programme va se doter d'un pro logiciel de gestion comptable et financier et aura à recruter un aide comptable, un comptable, un contrôleur interne et un spécialiste de passation des marchés. Ce personnel recruté, les chefs unités, les membres de coordination, les directeurs régionaux de santé publique (DRSP), les coordinateurs régionaux du paludisme, les chefs services administratifs et financiers des DRSP, les médecins chefs et les gestionnaires des districts sanitaires seront formés sur les procédures de gestion.

En outre les coordinations régionales de lutte contre le paludisme seront aussi dotées du pro logiciel de gestion financière et comptable. En 2018, les chefs de services financiers et administratifs des régions ainsi que le personnel administratif et financier de la coordination nationale seront formés sur ce pro-logiciel. Pour assurer une meilleure qualité des dépenses un système de contrôle interne sera mis en place avec des outils appropriés et le programme introduira et adoptera un système de rapport de suivi financier. A cet effet, chaque semestre un rapport de suivi financier sera élaboré et diffusé au niveau de toutes les parties prenantes. En plus du contrôle interne, les comptes et les documents financiers du programme à tous les niveaux seront soumis chaque année à un audit externe qui sera réalisé par un cabinet indépendant. Ainsi chaque année, les comptes et les états financiers du programme seront inspectés et présentés par le cabinet d'audit indépendant dans un rapport qui fera l'objet de validation par tous les partenaires de lutte contre le paludisme.

#### **4.1.5. Gestion et atténuation des risques**

Actuellement les éventuels facteurs risques auxquels le programme de lutte contre le paludisme pourrait rencontrer dans la mise en œuvre de ses interventions sont les suivants :

- Les ruptures fréquentes des intrants à tous les niveaux ;
- Le non-respect de certains engagements de l'Etat pour peut retarder le processus de déblocage des fonds au niveau de certains partenaires techniques et financiers ;
- La crise économique mondiale qui frappe de plein fouet le pays et qui limite celui-ci à honorer ses engagements ;
- La lourdeur des procédures administratives, de déblocage des fonds et des passations de marchés au niveau de l'Etat et de certains partenaires techniques et financiers ;
- Les crises alimentaires et nutritionnelles et l'insécurité armée dans certaines zones qui occasionnent des déplacements importants des populations ;
- Le retrait spontané de certains partenaires techniques et financiers.

Pour répondre à toutes ces difficultés le programme national de lutte contre le paludisme élaborera et adoptera un plan de gestion des risques. Ce plan sera mise en œuvre à travers la mise en place d'une cellule de gestion des risques et des crises imminentes. Cette mise en place se fera à travers le recrutement d'un spécialiste en gestion des risques et le développement d'outils appropriés permettant de mieux gérer les risques liées à aux différents facteurs.

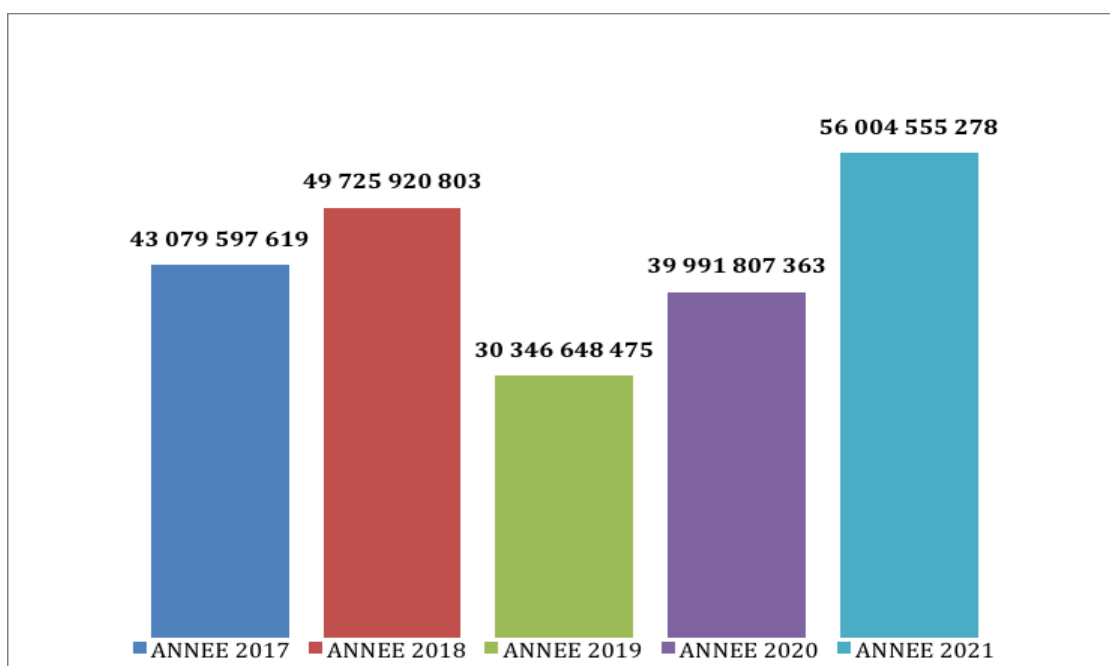
## 4.1.6. Budgétisation du PSN

### 4.1.6.1. Résumé du budget

Le budget global du Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Niger s'élève à 219 148 529 538 FCA (334 089 780 Euro), sur les 5 ans à venir pour une population estimée à 24 112 752, soit un cout d'investissement moyen annuel de 1 800 F CFA par habitant.

Les années 2018 et 2021 campagne de masse dans les 3 grandes régions de Maradi, Tahoua et Zinder.

Figure 10 : Répartition du budget par année



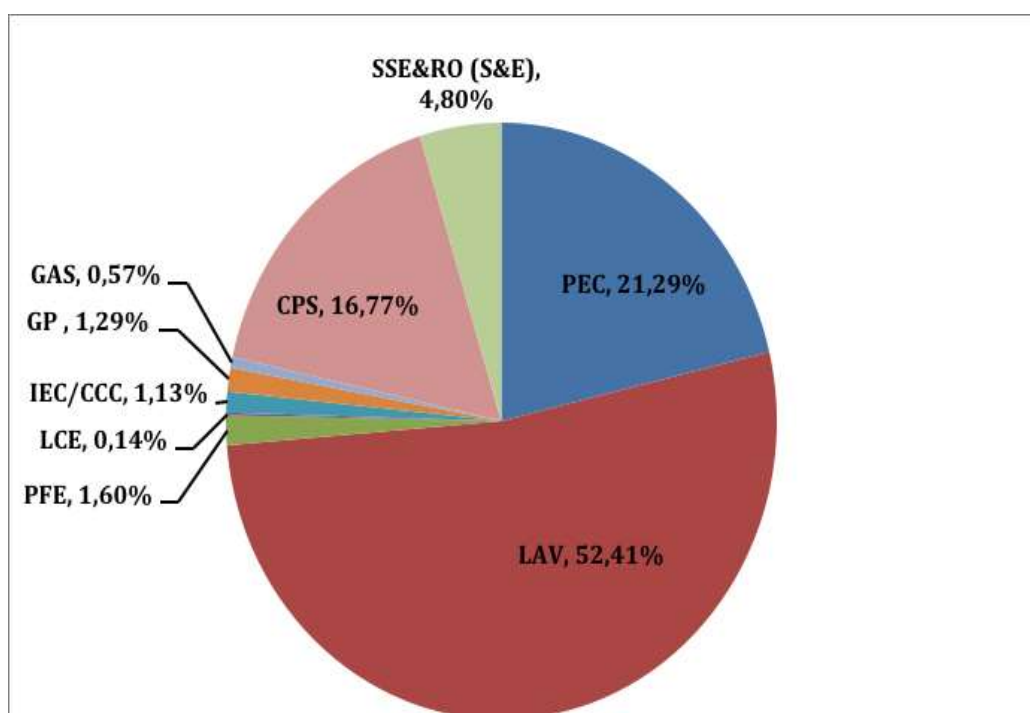
### 4.1.6.1. Synthèse du Budget par Domaine de Prestation de Service

Tableau 18 : Répartition du budget par Domaine

INTERVENTION	BUDGET PAR AN					Total FCFA	Total Euro
	2017	2018	2019	2020	2021		
PEC	10 751 021 724	8 581 342 760	7 480 419 254	8 138 232 622	11 715 957 509	46 666 973 869	71 143 343
LAV	20 216 817 183	29 590 259 367	11 673 304 524	20 840 891 391	32 532 583 904	114 853 856 370	175 093 575
PFE	642 389 308	709 220 705	689 392 173	724 643 872	743 973 037	3 509 619 094	5 350 380
LCE	93 037 500	42 503 000	42 503 000	93 037 500	42 503 000	313 584 000	478 056
IEC/CCC	612 933 249	349 157 112	665 801 430	344 212 680	497 617 680	2 469 722 151	3 765 067
GP	449 404 723	921 813 121	588 126 673	389 693 121	476 787 473	2 825 825 111	4 307 943
GAS	314 922 500	336 594 000	237 922 500	202 094 000	153 094 000	1 244 627 000	1 897 422
CPS	7 604 975 570	7 180 426 270	7 302 645 570	7 456 583 270	7 208 795 570	36 753 426 250	56 030 237
SSE&RO (S&E)	2 394 095 862	2 014 604 468	1 666 533 352	1 802 418 906	2 633 243 105	10 510 895 693	16 023 757
<b>TOTAL</b>	<b>43 079 597 619</b>	<b>49 725 920 803</b>	<b>30 346 648 475</b>	<b>39 991 807 363</b>	<b>56 004 555 278</b>	<b>219 148 529 538</b>	<b>334 089 780</b>

Figure 11 : Proportion des montants/budgets en fcfa par domaine





#### 4.1.6.2. Plan de mobilisation des ressources

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

Les efforts de plaidoyer viseront à établir et favoriser un environnement propice à la bonne exécution des stratégies de lutte contre le paludisme, notamment à travers la mobilisation de ressources financières durables et d'un soutien fort au plus haut niveau des instances gouvernementales. Sur le long-terme, l'objectif ultime sera de garantir l'appui nécessaire à la réalisation des objectifs du PNLP en générant des données justifiant la mise en place de politiques nationales éclairées et assurant la mobilisation de ressources financières dédiées à l'élimination du paludisme. La stratégie de plaidoyer développée prendra en compte les intervenants majeurs dans la lutte contre le paludisme et se construira autour des cibles identifiées comme essentielles à la réalisation des objectifs du PNLP : (i) Leaders politiques, (ii) Ministères clés, (iii) Partenaires financiers nationaux et internationaux, (iv) secteur privé local, (v) Leaders communautaires et (vi) Partenaires d'exécution.

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 l'échelle des interventions de lutte contre le paludisme. En ce qui concerne le plaidoyer envers le secteur public, la stratégie se concentrera sur l'élaboration ou l'ajustement de politiques et lois essentielles à la bonne mise en œuvre des stratégies du PNLP. Un soutien fort et continu au niveau du Ministère sera nécessaire pour la réalisation des objectifs. En outre, le travail de plaidoyer devra également inclure la hausse de la demande pour les interventions de lutte contre le paludisme, ce qui aidera à renforcer la transparence des programmes exécutés. Enfin, la pré-élimination et l'élimination du paludisme nécessiteront des investissements importants de la part des partenaires stratégiques. Le PNLP fera appel à ceux-ci pour renforcer la volonté collective, mobiliser et sensibiliser les populations cibles. Le secteur privé sera considéré comme un partenaire essentiel dans le développement d'une base solide qui assurera les efforts futurs.

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

## **CADRE DE SUIVI ET EVALUATION**

### **5.1. Cadre de performance**

Le plan de suivi/évaluation révisé 2017-2021 sera le document de référence pour les aspects relatifs au renforcement du système de suivi/évaluation de la lutte contre le paludisme dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique révisé 2017-2021. Le suivi de la performance du plan stratégique 2017-2021 se basera sur un processus continu de collecte et d'analyse d'informations permettant de renseigner les indicateurs du programme. Pour cela, le cadre de performance permettra un suivi des progrès vers l'atteinte des cibles des indicateurs du Plan stratégique révisé 2017-2021. Cette matrice prend en compte les indicateurs d'impact et d'effet (résultats). En dehors du cadre de performance, une matrice des indicateurs sera élaborée dans le plan de suivi évaluation du plan stratégique.

**Tableau 19 : Cadre de performance du plan stratégique 2017-2021**

Indicateurs	Baselin et cibles						Sources
	baseline	2017	2018	2019	2020	2021	
<b>Indicateurs d'Impact</b>							
Cas de paludisme confirmés (par microscopie ou test de dépistage rapide) pour 1000 habitants par an	111% 2015	41%				67%	EDSN /MIS
Incidence du paludisme confirmé (Cas externe et cas hospitalisés)	111% 2015	103%	94%	85%	76%	67%	annuaire statistique
Incidence du paludisme grave (chez les hospitalisés dans les hôpitaux et formations sanitaires avec lits)	10% 2015	9,20%	8,40%	7,60%	6,80%	6,00%	Annuaire statistique
Incidence des décès liés au paludisme chez les hospitalisés (hôpitaux, autres structures avec lits)	0,14% 2015	0,13%	0,12%	0,11%	0,09%	0,08%	Annuaire statistique
Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants 6 à 59 mois enquêtés dans la population générale	ND					< 40% de la VB	MIS,EDS, MICS
Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois	ND					< 40% de la VB	MIS,EDS, MICS
Taux de positivité des tests de diagnostic du paludisme (Microscopie et/ou TDR) chez les patients (externe et hospitalisés)	70% 2015	64%	58,80%	53,20%	47,60%	42%	statistique
Létalité hospitalière attribuable au paludisme	0,08%(2015)	0,072%	0,066%	0,059%	0,053%	0,047%	statistique
<b>Indicateurs d'effet et de résultats</b>							
Proportion de ménages possédant au moins une MILDA pour 2 personnes	60% 2012	80%	85%	90%	95%	95%	EDSC
Proportion de la population qui a dormi sous MILDA	13,8% 2012	70%	80%	85%	90%	90%	EDSC
Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	23,9% 2012	70%	80%	85%	90%	90%	EDSC
Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide* la nuit précédente	19,9% 2012	70%	75%	80%	85%	90%	EDSC ENP
Proportion de ménages ayant bénéficié de la PID dans les zones ciblées	1% (2015)	80%	80%	80%	80%	80%	rapport AID
Pourcentage d'enfants de 3 à 59mois ayant bénéficié de tous les passages de CPS	70% 2016	74%	78%	82%	86%	90%	Rapport CPS
Pourcentage de cas suspects de paludisme soumis à un test de diagnostic de paludisme (TDR ou microscopie)	77,33% 2015	82%	86%	91%	95%	100%	Rapport PNL
Pourcentage de patients avec fièvre/paludisme suspect qui ont bénéficié d'un test TDR au niveau communautaire (Relais) selon les directives nationales	100% 2015	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNL
Pourcentage des cas de paludisme grave vus dans les formations sanitaires publiques ayant bénéficié d'un traitement approprié conformément aux directives nationales	100% 2015	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNL
Pourcentage des cas de paludisme simple confirmés enregistrés et pris en charge correctement aux niveaux des formations sanitaires publiques	143,13% 2015	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNL
Proportion d'enfants de moins de <5 ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers signes	66% 2015	73%	80%	86%	93%	100%	Rapport PNL
pourcentage de traitements de première intention (CTA) distribués aux cas de paludisme simples vus dans les formations sanitaires publiques	69% 2015	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNL
Proportion de formations sanitaires publiques fonctionnelles ayant la capacité de faire des diagnostics biologiques du paludisme	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport supervision
Proportion de femmes enceintes ayant pris La première dose de SP conformément aux directives	70% 2015	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport Supervision
Proportion de femmes enceintes ayant pris trois doses de SP conformément aux directives	70% 2015	72%	74%	76%	78%	80%	EDSC ENP
Pourcentage de tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques (CTA) réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole OMS	ND	100%	100%	100%	100%	100%	rapport d'étude

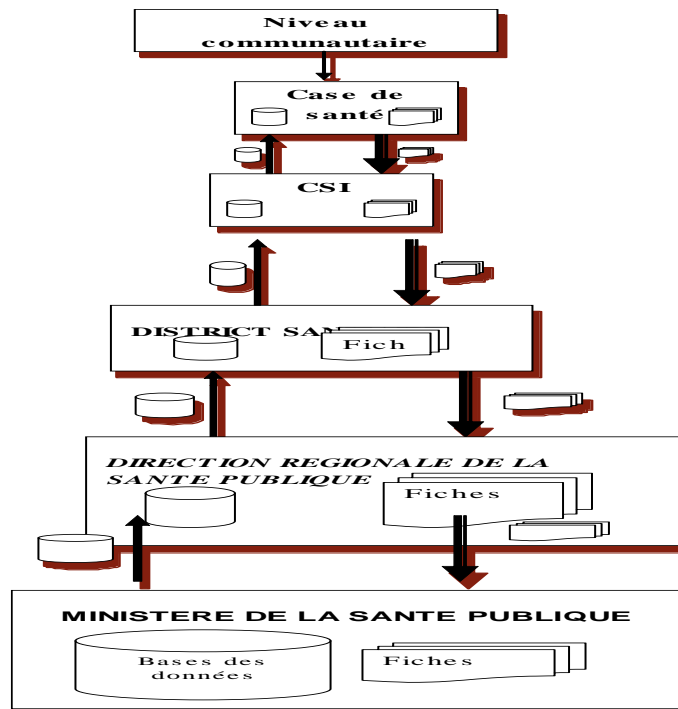
Indicateurs	Baselin et cibles						Sources
	baseline	2017	2018	2019	2020	2021	
Taux des épidémies Détectées, déclarées et endiguées	NA	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLN
Taux de promptitude des rapports	100% 2015	95%	95%	95%	95%	95%	Rapport PNLN
Taux de complétude des rapports	81,82% 2015	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLN
Taux d'absorption	94%(2015)	95%	96%	97%	98%	100%	Rapport PNLN
Taux de réalisation des activités	32%(2015)	65%	75%	85%	95%	100%	Rapport PNLN

## 5.2. Système de gestion des données

Le PNLN dispose d'un réseau de collecte de données allant du niveau opérationnel (district et son réseau de CSI, cases de santé et niveau communautaire) au niveau national en passant par le niveau régional. Au niveau des districts, les informations seront recueillies à travers des supports; saisies et analysées par l'Equipe Cadre de District.

Ces informations seront transmises au niveau de la DRSP sous forme électronique. A ce niveau également, un deuxième contrôle est effectué et les informations sont compilées, analysées par la région avant leur envoi sous les mêmes formats au PNLN.

Figure 12 : Circuit de la collecte des données de paludisme



Une fois les données du programme analysées, leurs résultats seront mis à la disposition des décideurs et des partenaires, mais aussi des acteurs qui les fournissent. Le partage de l'information permet à toutes les parties prenantes d'être au même niveau d'information sur les résultats de la mise en œuvre des interventions à différents niveaux. Pour cela, le PNLN dispose d'un plan de dissémination et d'utilisation de l'information sur le paludisme. Les informations stratégiques

validées seront utilisées pour des besoins de planification et de programmation du PNLP et/ou des projets spécifiques sur le paludisme.

Le partage des données se fait au moyen des rapports produits mensuellement, trimestriellement ou annuellement. Le rapport annuel du PNLP est produit et largement diffusé au cours d'une revue annuelle de bilan et de planification à laquelle prennent part toutes les parties prenantes. L'unité de suivi/évaluation du programme met régulièrement à la disposition des partenaires et des acteurs, un récapitulatif des données les plus récentes sur la situation de la mise en œuvre des interventions du programme à différents niveaux.

L'information sera utilisée pour montrer la performance du programme et documenter les meilleures pratiques en matière de lutte contre le paludisme. Elle aidera à la prise de décision pour particulièrement améliorer la mise en œuvre des interventions et contribuer aux résultats des engagements nationaux et internationaux.

### **5.3. Mécanismes de suivi des progrès**

Sur la base de la stratification du pays et des acquis du programme en 2015, le système de suivi/évaluation du PNLP permettra de faire le suivi des progrès des résultats en rapports avec la mise en œuvre du plan stratégique et surtout de renseigner régulièrement les changements induits. Pour cela, les différents types d'indicateurs définis dans le cadre de performance de suivi/évaluation du plan stratégique seront renseignés au cours du monitoring de routine et à l'occasion d'enquêtes spécifiques (enquêtes ménages, évaluations dans les formations sanitaires). L'élaboration de plans d'action opérationnels tous les ans permettra de définir de façon claire les stratégies à mettre en œuvre, les responsabilités des différentes parties et les délais d'exécution des activités à mettre en œuvre par domaine d'intervention.

Une base de données intégrant tous les indicateurs de lutte contre le paludisme sera réactualisée en collaboration avec les différentes parties impliquées dans la gestion des informations sur le paludisme. Cette base de données sera dynamique et régulièrement mise à jour par les niveaux opérationnel (DS), intermédiaire (DRPS) et central (coordination PNLP, partenaires).

La mise en œuvre et le suivi des progrès se feront en étroite collaboration avec les différentes parties prenantes, notamment les prestataires de services, la société civile et le secteur privé. Des supervisions/réunions de coordination seront conduites par les différents niveaux de gestion et de coordination du programme en vue de renforcer les capacités des parties prenantes et surtout corriger à temps les insuffisances notées.

L'information stratégique sur le paludisme sera obtenue à partir de l'analyse des données de routine du SNIS, de la surveillance sentinelle et/ou des évaluations annuelles ou périodiques.

Des études seront réalisées en collaborations avec des centres/instituts de recherche dans le cadre d'un partenariat avec le PNLP sur des axes prioritaires de recherche en rapport avec les aspects entomologiques et épidémiologiques, la prise en charge des cas, l'utilisation des mesures préventives (MILDA, PID, TPI), le comportement des populations et l'efficacité des insecticides et des antipaludiques.

#### **5.4. Evaluation des résultats et de l'impact**

Les évaluations des résultats et de l'impact de la mise en œuvre des interventions adoptées se feront tout au long de la mise en œuvre du Plan stratégique 2017-2021, notamment lors des revues du programme (revue annuelle, revue à mi-parcours et revue finale).

Des enquêtes nationales réalisées périodiquement dans le pays (Enquêtes sur les indicateurs du paludisme, MICS, EDS, enquêtes dans les formations sanitaires, autres) constitueront une opportunité pour mettre à jour régulièrement le niveau d'atteinte des indicateurs de couverture et d'impact du programme conformément au cadre de performance de suivi/évaluation.

## CONCLUSION

Le PNLP s'est inscrit à l'instar des programmes du Ministère de la santé, dans la dynamique de respect des engagements pris tant au sein du Ministère, qu'avec les partenaires au développement. L'approche inclusive et participative qui a conduit tout le processus d'élaboration de ce plan est une marque de la volonté et de l'engagement du PNLP à participer pleinement à l'atteinte des objectifs du PDDS.

Le respect des principes directeurs énumérés dans ce document est un gage de succès dans la mise en œuvre des interventions spécifiques identifiées dans chaque domaine de prestation de service du programme. Ces principes passent entre autre par le respect de la multisectorialité, de la transparence, de la solidarité, de l'équité et du genre. Les mécanismes de coordination, de mise en œuvre et de suivi évaluation identifiés dans ce plan, permettront avec une bonne approche de mobilisation des ressources, d'atteindre les résultats escomptés dans la lutte contre le paludisme au Sénégal en vue de son élimination future.

## REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES

1. MSP, Revue de performance du PNLP Niger, 2010;
2. Roll Back Malaria Partnership : Plan stratégique mondial Faire reculer le paludisme 2005 – 2015, Avril 2005 ;
3. Roll Back Malaria Partnership, Plan d'action mondial contre le paludisme : Pour un monde sans paludisme, 2008 ;
4. Roll Back Malaria, Déclaration et Plan d'Abuja 2001-2005 pour Faire Reculer le Paludisme en Afrique, Abuja Nigéria, 25 Avril 2000 ;
5. Roll Back Malaria, Faire Reculer le Paludisme dans la Région africaine: Cadre de mise en œuvre (AFR/RC50/12) ;
6. Roll Back Malaria, Initiative Faire Reculer le Paludisme dans la Région Africaine. Directives de Suivi et Evaluation. OMS. Bureau Régional de l'Afrique Harare 2000 ;
7. OMS, Checklist for developing a monitoring and evaluation plan for malaria control, from guidelines for monitoring and evaluation, African region, Generic Guidelines, 2009;
8. Banque Mondiale, Malaria Control Booster Program, Procurement and supply management Toolkit, The World Bank, Washington, D.C;
9. Union Africaine : Lutte contre le paludisme en Afrique : passage du contrôle à l'élimination au plus tard en 2010, 3ème session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine, 19 - 13 avril 2007 Johannesburg, Afrique du Sud ;
10. Nations Unies, Millennium Declaration and the Millennium Development Goals, 2000;
11. MSP, PNLP, 2011, Politique et Stratégies Nationales de lutte contre le paludisme ;
12. Fonds Mondial de lutte contre le SIDA/Tuberculose/Paludisme, Guide de Suivi/Evaluation, 3ème édition, Février 2009, Partie 2 : Outils de suivi des programmes et de renforcement des systèmes de santé, Paludisme ;
13. Organisation Mondiale de la Santé, Rapport Mondial du Paludisme, 2010 ;
14. Roll Back Malaria, Actualisation des objectifs, cibles, jalons et priorités du Plan d'action mondial contre le paludisme (GMAP) au-delà de 2011 ;
15. Guide de suivi évaluation du PDS 2011-2015 ;
16. MSP, Plan de Développement sanitaire 2011-2015 ;
17. PNLP/MSP, enquête de couverture MILDA 2009;
18. PNLP/ MSP, évaluation des indicateurs round 5 et Roll Back Malaria ;
19. PNLP/ MSP, évaluation du plan stratégique 2006-2010 ;
20. INS, Enquête démographique de santé du Niger (EDSN) ;
21. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2011-2015 de Mauritanie ;
22. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2011-2015 du Togo
23. Revue à mi-parcours du Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015 du Niger ;
24. Annuaire des statistiques sanitaires du Niger (2009, 2010, 2011, 2012, 2013) ;
25. INS, Enquête démographique de santé du Niger (EDSN 2012) ;
26. Cadre stratégique national de lutte contre le paludisme 2014-2018 au Sénégal.



## ANNEXES