



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 NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Octobre 2014

## SOMMAIRE

<b>PREAMBULE .....</b>	<b>4</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>5</b>
<b>ACRONYMES ET ABREVIATIONS .....</b>	<b>6</b>
<b>Liste des tableaux, figures et graphiques.....</b>	<b>10</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>13</b>
<b>1. PROFIL DU PAYS .....</b>	<b>14</b>
1.1. Situation géographique du Niger.....	14
1.2. Système socio-politique .....	15
1.3. Situation démographique .....	16
1.4. Ecosystème, environnement et climat .....	16
1.5. Situation socio-économique .....	18
1.6. Analyse du système de santé.....	19
<b>2. ANALYSE DE LA SITUATION NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 27</b>	
2.1. Profil épidémiologique .....	27
2.2. Performance du programme de lutte contre le paludisme .....	32
2.2.1. Historique de la lutte contre le paludisme .....	32
2.2.2. Principaux résultats de la lutte contre le paludisme .....	33
2.2.3. Progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du programme .....	55
2.2.4. Défis pour la période 2014-2018.....	57
<b>3. CADRE STRATÉGIQUE DU PLAN REVISE .....</b>	<b>58</b>
3.1. Vision .....	58
3.2. Mission et principes directeurs du Programme .....	58
3.2.1. Mission .....	58
3.2.2. Principes directeurs .....	58
3.3. Orientations stratégiques et priorités : .....	58
3.4. But et objectifs du Plan stratégique.....	59

3.4.1. But .....	59
3.4.2. Objectifs .....	59
3.4.3. Résultats attendus .....	59
<b>4. INTERVENTIONS ET STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE .....</b>	<b>60</b>
4.1. Lutte contre les vecteurs du paludisme.....	60
4.1.1. Utilisation des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d’Action .....	60
4.1.2. Pulvérisation Intra-Domiciliaire .....	61
4.1.3. Lutte Anti-Larvaire .....	61
4.2. Prévention du paludisme pendant la grossesse .....	62
4.3. Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) :.....	62
4.4. Diagnostic et Traitement du paludisme .....	63
4.4.1. Prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires publiques et privées .....	63
4.4.2. Prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire (PECADOM) .....	64
4.6. Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale.....	65
4.7. Surveillance, Suivi & Evaluation et Recherche opérationnelle.....	66
4.8. Capacités institutionnelles et Gestion de la lutte contre le paludisme .....	67
<b>5. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN .....</b>	<b>68</b>
5.1. Cadre de performance .....	68
5.2. Suivi des progrès.....	68
5.3. Evaluation des résultats et de l’impact .....	68
<b>6. GESTION DU PROGRAMME.....</b>	<b>69</b>
6.1. Ressources humaines .....	69
6.2. Planification et mise en œuvre .....	70
6.3. Coordination des partenariats.....	70
6.5. Gestion des ressources financières.....	71
<b>7. BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT .....</b>	<b>72</b>
7.1 Résumé du budget par intervention / stratégie .....	72
7.2 Résumé du budget par catégorie de coût .....	74

<b>8. MOBILISATION DES RESSOURCES.....</b>	<b>75</b>
8.1. Cartographie de donateurs/stratégies mobilisation de ressources .....	75
8.2. Analyse des écarts budgétaires du plan révisé .....	78
<b>9. RISQUES ET MENACES .....</b>	<b>80</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>81</b>
<b>ANNEXES DU PLAN STRATÉGIQUE .....</b>	<b>82</b>

## **PREAMBULE**

Le plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015 révisé avec projection 2016 - 2018 s'appuie sur les orientations de la Politique Nationale de Santé et s'inscrit en droite ligne avec le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015. Il est mis à jour sur la base des orientations de la revue à mi-parcours du PSN réalisée en 2013 et des nouvelles recommandations de l'OMS.

Il indique clairement le but, la vision, les axes stratégiques, les objectifs, les domaines d'interventions, les résultats attendus ainsi que les besoins en ressources financières à mobiliser pour permettre au Niger de réduire le fardeau humain et économique du paludisme.

Ce PSN contribue avec les autres plans sanitaires, à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'ici 2015.

Il constitue le document de référence de notre politique nationale en matière de lutte contre le paludisme pour les cinq prochaines années. Les stratégies et interventions qui sont décrites dans ce document cadrent parfaitement avec nos priorités et les besoins des actions prévues.

Je demande au personnel de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à s'investir dans la mise en œuvre de notre politique sanitaire en général et celle de la lutte contre le paludisme en particulier, et nos partenaires à nous y accompagner.

D'ores et déjà, je puis vous assurer que son Excellence, le Président de la République, Chef de l'Etat El Hadj Issoufou MAHAMADOU et le Gouvernement de la 7<sup>ème</sup> République ne ménageront aucun effort pour créer les conditions les meilleures de son exécution, pour le grand bien des populations nigériennes.

Enfin, j'adresse, d'une part, mes félicitations et mes encouragements à tous les experts nationaux qui ont consenti d'énormes sacrifices pour appuyer mon département ministériel et d'autre part, mes remerciements à l'OMS qui a bien voulu mettre son expertise à notre disposition, à RBM et à l'UNICEF et à tous les autres partenaires qui nous ont appuyés tout au long de ce laborieux exercice.

**Le Ministre de la Santé Publique**  
**Mano AGHALI**

## **REMERCIEMENTS**

Je m'en voudrais de citer des noms pour mes remerciements au risque d'oublier des personnes ayant contribué à la réalisation de cet important outil de travail.

Je vais simplement vous dire à tous et à toutes qu'au nom des plus hautes autorités du Gouvernement de la 7<sup>ème</sup> République, au nom des populations du pays et en mon nom propre, le Niger vous est reconnaissant pour vos efforts et vos sacrifices que vous avez consentis pour élaborer ce plan stratégique de lutte contre le paludisme qui cadre parfaitement avec nos priorités et les engagements internationaux auxquels nous avons souscrits.

J'ai suivi de très près tous les efforts consentis par les uns et les autres, de jour comme de nuit, parfois dans des conditions difficiles, et cela fait tout votre mérite.

J'adresse mes remerciements également à tous les partenaires techniques et financiers, en particulier l'OMS dont l'apport est inestimable pour la réussite de ce travail.

Merci donc à toutes et à tous.

## ACRONYMES ET ABREVIATIONS

°C	Degré Celsius
<b>ACMAD :</b>	Centre africain pour les applications de la météorologie
<b>ACT :</b>	<i>Artemisinin-based Combination Therapies</i> / Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA)
<b>AGRHYMET :</b>	Centre régional de formation et d'application en agro météorologie et hydrologie opérationnelle.
<b>AMFm :</b>	<i>Affordable Medicine Facility for malaria</i>
<b>ASC :</b>	Agent de Santé Communautaire
<b>BLU :</b>	Bande Latérale Unique
<b>BM :</b>	Banque Mondiale
<b>CAP :</b>	Croyances Attitudes et Pratiques
<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>CPN :</b>	Consultation Pré Natale
<b>CREC :</b>	Centre de Recherche Entomologique de Cotonou
<b>CRN :</b>	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle
<b>CRS :</b>	<i>Catholic Relief Services</i>
<b>CS :</b>	Case de Santé
<b>CSE :</b>	Centre de la Surveillance Epidémiologique
<b>CSI :</b>	Centres de Santé Intégrés
<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>EC :</b>	Concentré Emulsionnable
<b>ECD :</b>	Equipe Cadre de District
<b>EDS :</b>	Enquête Démographique et de santé
<b>EDSN :</b>	Enquête Démographique et de Santé du Niger
<b>EDSN/MICS:</b>	Enquête démographique et de santé et à Indicateurs multiples
<b>EPA :</b>	d'Etablissement Public à caractère Administratif
<b>Etc. :</b>	et cetera (Et tout le reste, et ainsi de suite.)
<b>FIFO :</b>	<i>First In First Out</i>
<b>FM :</b>	Fonds Mondial
<b>FM/STP :</b>	Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
<b>FRP :</b>	Faire Reculer le Paludisme
<b>A. gambiae</b>	<i>Anopheles gambiae</i>
<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>HD :</b>	Hôpital de District
<b>HNN :</b>	Hôpital National de Niamey
<b>IEC/CCC :</b>	Information, Education et Communication/ Communication pour un Changement des Comportements
<b>ISF :</b>	Indice Synthétique de Fécondité
<b>JICA :</b>	<i>Japan International Cooperation Agency</i>
<b>Kdr :</b>	<i>Knock down resistant</i>
<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 dynamiques sociales et le développement local
<b>LAV :</b>	Lutte Anti Vectorielle
<b>LIFO :</b>	<i>Last In First Out</i>



<b>LIV :</b>	Lutte Intégrée des Vecteurs
<b>m :</b>	Mètre
<b>m3 :</b>	Mètre Cube
<b>MEG :</b>	Médicaments Essentiels Génériques
<b>MII :</b>	Moustiquaires Imprégnées d’Insecticides
<b>MIILDA :</b>	Moustiquaires Imprégnées d’insecticides à Longue Durée d’Action
<b>mm :</b>	Millimètre
<b>Mn :</b>	Minutes
<b>MRTC :</b>	<i>Malaria Research and Training Center</i>
<b>MSP :</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>NTIC :</b>	Nouvelle Technologie de l’Information et de la Communication
<b>OCCGE :</b>	Organisation Commune de lutte contre les Grandes Endémies
<b>OMD :</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMD 8 :</b>	Objectif Millénaire du Développement N° 8
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<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>OUA :</b>	Organisation de l’Unité Africaine
<b>P. malariae</b>	<i>Plasmodium Malariae</i>
<b>P. falciparum</b>	<i>Plasmodium faciparum</i>
<b>PAA :</b>	Plan d’Action Annuel
<b>PDS :</b>	Plan de Développement Sanitaire
<b>PEC :</b>	Prise En Charge
<b>PECADOM :</b>	Prise En Charge des CAs à DOMicile
<b>PEV :</b>	Programme Elargi de Vaccination
<b>PIB :</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PID :</b>	Pulvérisation Intra Domiciliaire
<b>PNLP :</b>	Programme National de Lutte contre le Paludisme
<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>	<i>Round 3</i>
<b>R4 :</b>	<i>Round 4</i>
<b>R5 :</b>	<i>Round 5</i>
<b>R7 :</b>	<i>Round 7</i>
<b>RA :</b>	Recherche Action
<b>RBM :</b>	<i>Roll Back Malaria</i>
<b>RCom</b>	Relai Communautaire
<b>RGPH :</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>RH :</b>	Ressources Humaines
<b>RO :</b>	Recherche Opérationnelle
<b>RPP :</b>	Revue des Programmes du Paludisme
<b>RS :</b>	Recherche Scientifique
<b>S&amp;E :</b>	Suivi et Evaluation
<b>SIDA :</b>	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
<b>SMS :</b>	<i>Short Message System</i>
<b>SNIS :</b>	Système National d'Information Sanitaire
<b>SNU :</b>	Système des Nations Unies
<b>SP :</b>	Sulfadoxine Pyriméthamine
<b>SPIS :</b>	Service Programmation et Informations Sanitaires
<b>SRP :</b>	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
<b>TDR :</b>	Tests de Diagnostic Rapide
<b>TPI :</b>	Traitement Préventif Intermittent
<b>TPI1 :</b>	Traitement Préventif Intermittent 1
<b>TPI2 :</b>	Traitement Préventif Intermittent 2
<b>UAM :</b>	Université Abdou Moumouni
<b>UEMOA :</b>	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
<b>UNDAF :</b>	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
<b>UNICEF :</b>	<i>United Nations Children's Fund</i> / Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>US\$ :</b>	Dollar Américain
<b>VIH/SIDA :</b>	Virus d'Immuno Déficience Humaine/ Syndrome Immuno Déficience Acquise
<b>WARN :</b>	<i>West Africa Roll Back Malaria Network</i>
<b>WHOPES :</b>	<i>World health Organization Pesticides Evaluation Scheme</i>

## LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET GRAPHIQUES

### Liste des tableaux

TABLEAU 1 : DISTRIBUTION DE LA POPULATION ET PROJECTION PAR TRANCHE D'AGE ET PAR SEXE 2013-2018 .....	16
TABLEAU 2 : PRINCIPAUX INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES.....	19
TABLEAU 3 : INFRASTRUCTURES SANITAIRES DU SECTEUR PUBLIC .....	21
TABLEAU 4 : SITUATION DU PERSONNEL DE SOINS 2013.....	22
TABLEAU 5 : RECAPITULATIF DE L'ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE.....	24
TABLEAU 6 : CONTRIBUTION DU SYSTEME DE SANTE A LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME .....	27
TABLEAU 7 : STRATIFICATION ET POPULATIONS A RISQUE DE PALUDISME PAR STRATE AU NIGER ..	32
TABLEAU 8 : REPARTITION DU PERSONNEL DU PNL 2014 .....	34
TABLEAU 9 : ETAT DES FINANCEMENTS DU PLAN STRATEGIQUE PNL EN 2011-2013 (EURO).....	39
TABLEAU 10 : FINANCEMENTS DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME DE 2011 A 2013.....	40
TABLEAU 11 : APPUI DES PARTENAIRES PAR TYPE DE STRATEGIE DE LUTTE 2011-2013.....	40
TABLEAU 12 : DISTRIBUTION DES MILDA 2011-2013.....	42
TABLEAU 13 : UTILISATION DU TPI CHEZ LES FEMMES ENCEINTES VUES EN CPN.....	45
TABLEAU 14 : INDICATEURS DE PEC .....	48
TABLEAU 15 : EVOLUTION DES INDICATEURS DU PROGRAMME, 2010-2013.....	56
TABLEAU 16 : RECAPITULATIF DU FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE 2014-2018 PAR INTERVENTION ET PAR ANNEE .....	73
TABLEAU 17 : RECAPITULATIF DU FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE 2014-2018 PAR CATEGORIE DE COUT ET PAR ANNEE.....	74
TABLEAU 18 : RÉSUMÉ DU BUDGET DU PSN 2014-2018 PAR DONATEUR .....	75
TABLEAU 19 : SOMMAIRE DE L'ANALYSE DES ÉCARTS BUDGÉTAIRES.....	79

### Liste des figures

FIGURE I : CARTE PHYSIQUE DU NIGER .....	14
FIGURE II : PYRAMIDE SANITAIRE ET SON FONCTIONNEMENT AU NIGER.....	20
FIGURE III : CARTOGRAPHIE DE LA RESISTANCE DES VECTEURS AUX INSECTICIDES : CAS DE LA LAMDACYHALOTHRINE .....	29
FIGURE IV : STRATES EPIDEMIOLOGIQUES DU PALUDISME AU NIGER.....	30

### Liste des graphiques

GRAPHIQUE I : VARIATIONS HEBDOMADAIRES DES CAS DE PALUDISME SUSPECTS AU NIGER, 2009-2013 .....	29
GRAPHIQUE II : SITUATION DES CAS ET DECES DUS AU PALUDISME DE 2009 A 2013.....	31
GRAPHIQUE III : EVOLUTION DES CAS PRESUMES, DES CAS TESTES ET CONFIRMES DE PALUDISME AU NIGER.....	48

## RÉSUMÉ

Le Niger a élaboré et mis en œuvre deux plans stratégiques depuis son engagement dans l'initiative « Roll Back Malaria » en 1998. Le processus de la Revue de Performance du Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP) a commencé en Décembre 2013 en vue de l'élaboration du nouveau Plan Stratégique National 2011 – 2015 révisé.

La revue à mi-parcours a permis d'évaluer la performance du Programme en dégagant les forces et les faiblesses de la lutte pour une meilleure planification des activités des cinq prochaines années.

Ce plan révisé 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.

Les objectifs de ce plan sont en étroite ligne avec le document de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté au Niger, les orientations de la Politique Sectorielle de Santé, les axes stratégiques du Plan de Développement Sanitaire (PDS 2011-2015) et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 2015.

L'élaboration de ce plan stratégique s'est effectué à travers un processus participatif ayant impliqué tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le paludisme (Gouvernement, PTF, OSC, Privés, Université, Centres de recherche...) sous la supervision d'un comité technique de coordination.

### **Vision :**

**"Un Niger sans paludisme "**

### **Mission et Principes directeurs**

La mission du programme est d'assurer à toute la population un accès universel et équitable aux interventions de lutte antipaludique conformément à la politique sectorielle de santé et dans l'optique de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

### **Orientations stratégiques et Priorités**

Les principales interventions du plan stratégique 2011-2015 révisé portent sur les priorités suivantes :

Couverture universelle en vue d'intégrer la prévention et la prise en charge du paludisme à d'autres services de lutte contre la maladie, 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.

### **But**

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dans la population générale et faire en sorte que le paludisme ne soit plus un problème de santé publique au Niger.

### **Objectifs**

Réduire de 75% l'incidence du paludisme d'ici 2018 par rapport à 2013 ;

Réduire de 75% la mortalité liée au paludisme d'ici 2018 par rapport à 2013 ;

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

Le budget du Plan Stratégique 2011-2015 révisé s'élève à 190 925 116 925 Francs CFA soit 291 063 464 Euros.

## INTRODUCTION

Le paludisme reste un problème majeur de santé publique au Niger. Au cours des dix dernières années il a été enregistré en moyenne 1 148 498 cas de paludisme présumés par an (soit un taux d'incidence cumulée de 11 896 cas pour 100 000 habitants) et une moyenne annuelle de 2 862 décès, soit un taux de létalité de 0,25 %. Ces chiffres ne reflètent pas la situation réelle du pays vue la faible couverture sanitaire (47,80 % en 2013) et le nombre de cas qui échappent à la notification au niveau communautaire.

Le paludisme est responsable de 30 % des consultations ambulatoires et de 50 % de décès chez les enfants de moins de 5 ans. La proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme est passée de 48% en 2005 à 72,3% en 2008.

Les dépenses liées au paludisme s'élèvent à 50,14 milliards de CFA soit 24,94 % et 87,11% des dépenses des maladies infectieuses et parasitaires (cf. comptes nationaux de la santé 2011).

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 à mi-parcours du plan stratégique de 3<sup>ème</sup> génération 2011-2015 et prend en compte les recommandations issues de cette revue. Ce plan révisé 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 effectué à travers un processus participatif ayant impliqué tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le paludisme (Gouvernement, PTF, OSC, Privés, Université, Centres de recherche...) 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 2011-2015, le PDES 2012-2015, les différents rapports de progrès du programme, le document de revue, le plan stratégique en cours, les différents annuaires statistiques sanitaires.

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

# 1. PROFIL DU PAYS

## 1.1. Situation géographique du Niger

Situé en Afrique de l'Ouest entre les parallèles 11°37' et 23°33' de latitude nord d'une part, et les méridiens 16° de longitude est et 0°10' de longitude ouest d'autre part, le Niger est un vaste pays enclavé sahélo-saharien qui s'étend sur 1 267 000 km<sup>2</sup>. En grande partie désertique (3/4 du pays), il souffre d'une pluviométrie aléatoire, irrégulière et insuffisante dans le temps et l'espace. Pays steppique, il a des frontières avec sept (7) pays : l'Algérie, le Bénin, le Burkina Faso, le Tchad, la Libye, le Mali et le Nigeria. Il est le plus vaste de l'Afrique de l'ouest et se classe 5<sup>ème</sup> à l'échelle continentale, après l'Algérie, le Congo, la Libye et le Tchad. La situation géographique du Niger fait de lui un carrefour d'échanges entre l'Afrique du Nord et l'Afrique au Sud du Sahara.



Le Niger se présente comme une vaste pénéplaine ancienne, dont l'altitude moyenne est de 350 m.

Trois grandes zones le partagent :

- **le Niger méridional**: C'est une bande de 1300 km de long qui suit la frontière du Nigeria jusqu'au Mali ("Niger utile");

- **l'Air**: c'est une bande de 1 300 km à l'est; les reliefs du Damagaram répartissent les eaux de drainage entre le bassin versant du lac Tchad et celui de l'Atlantique. C'est un massif montagneux situé au nord-ouest du pays, étendu sur 300 km du nord au sud et 200 km d'est en ouest;

- **Le Ténéré**: Il constitue la plus grande partie du nord-est du pays. C'est une plaine sableuse hyperaride qui se termine à l'est par la falaise du Kaouar et au nord par les plateaux du Diado et du Mangueni.

**Figure I : Carte physique du Niger**

Dans le domaine de la communication, l'Etat du Niger dispose d'infrastructures de communication permettant de satisfaire les besoins minimum requis (5 stations terriennes domestiques, 3 stations internationales, 124 radios communautaires, 8 radios régionales, 33 radios privées, 6 chaînes de télévision dont une télévision nationale, une télévision régionale et 8 télévisions privées.

En plus, le pays dispose de 5 fournisseurs de téléphonie mobile et de capacité de connexion Internet pour l'ensemble des régions et la plupart des départements.

Les infrastructures routières sont constituées de : 4200 Km de routes bitumées, 2564 Km de routes en terre moderne latéritique, 1412 Km de routes en terre sommaire, 2832 km de routes rurales, 8227 km de pistes sommaires en fin 2013.

Le pays dispose de deux aéroports internationaux à Agadez et à Niamey et des aéroports de moyenne capacité capables de recevoir les Boeings 737 à Tahoua, Zinder, Maradi et Diffa.

## **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 7<sup>ème</sup> 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 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.



### 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.

**Tableau 1 : Distribution de la population et projection par tranche d'âge et par sexe 2013-2018**

Groupes de populations	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Population totale	17 798 568	18 496 947	19 225 639	19 975 439	20 754 481	21 563 906
Femmes > 5 ans	5 695 542	5 048 978	5 222 406	5 393 369	5 396 165	5 390 977
Hommes > 5 ans	4 805 613	5 045 495	5 218 804	5 193 614	5 188 620	5 175 337
Sujets 5-9 ans	2 847 771	2 854 527	2 952 578	2 996 316	3 113 172	3 234 586
Enfants 0 à 59 mois	3 559 714	3 660 901	3 786 650	3 995 088	4 150 896	4 312 781
Enfants < 1 an	711 943	739 878	769 026	799 018	830 179	862 556
Femmes enceintes	800 936	832 363	865 154	998 772	1 037 724	1 078 195

Source : INS\_EDSN 2012 projection

Le Niger est multiethnique et constitue une terre de contact entre l'Afrique Noire et l'Afrique du Nord. Les principales ethnies sont: Haoussa, Djerma, Songhaï, Touareg, Toubou, Arabes, Peulh, Gourmantché, Kanouri et Boudouma.

La langue officielle du Niger est le français. Les langues nationales sont au nombre d'une dizaine. La société nigérienne est composée de 99% de musulmans, 0,8% de chrétiens et de 0,2% d'animistes et autres.

### 1.4. Ecosystème, 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 et à la demande croissante en bois et en terres agricoles. Depuis 1990, la forêt a perdu un tiers de sa surface et ne couvre plus qu'un pourcent du pays.

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.

## 1.5. Situation socio-économique

Le Niger est cité parmi les pays les plus pauvres du Monde selon le nouveau profil de pauvreté basé sur le « Degré de Satisfaction des Besoins Essentiels » (DSBE) et les résultats de l'enquête QUIBB (Questionnaire Unifié des Indicateurs de Bien-être de Base) réalisée en 2005. Il a été classé sur la base de l'Indice de Développement Humain 169<sup>ème</sup> sur 169 pays (en 2013).

La pauvreté toucherait 62% de la population nigérienne avec un taux d'incidence plus élevé en milieu rural (66%) qu'en milieu urbain (52%) et une disparité importante selon les régions : 79,7% à Maradi, 46% à Agadez et 27% à Niamey. Par ailleurs, en 2005, plus de neuf personnes sur dix sont considérées comme vulnérables à la pauvreté. (Source EDSN 2012)

Selon les données de l'EDSN et MICS III de 2012 (Voir Tableau N°2), 83% de la population vit en milieu rural. La même enquête révèle les caractéristiques d'habitat suivantes :

- Seuls 14% des ménages disposent de l'électricité (2% en milieu rural contre 47% en milieu urbain) ;
- 25% disposent de robinet (97% en milieu urbain et 61% en milieu rural) ;
- 73% des ménages ne disposent pas de toilettes (84% en milieu rural et 14% en milieu urbain) ;
- 81% des ménages disposent d'un sol qui est revêtu de terre ou de sable.

Le Niger dans sa partie septentrionale dispose d'une population nomade qui est contrainte à une double flux migratoire saisonnière ou transhumance en fin et en début des saisons de pluie qui l'expose au risque de paludisme. Cette population est estimée à 15% de la population générale.

L'économie du pays est basée essentiellement sur l'agriculture et l'élevage qui représente 40% du PIB. Les activités de l'agriculture et de l'élevage s'effectuent sur tout le territoire du pays et elles occupent 80% de la population. Celles de l'élevage sont plus accentuées au Nord et au centre alors que pour l'agriculture, elles occupent l'extrême sud et le centre du pays.

Le PIB qui était de 1850 milliards de FCFA (3,7 milliards d'US\$) en 2007 est passé de 1910 milliards de FCFA en 2011, à 3 640 milliards de FCFA en 2012 soit 427 US\$ par personne.

**Tableau 2 : Principaux indicateurs socio-économiques**

Indicateurs socio-économiques	Valeurs	Année d'observations
Population de moins de 5 ans	21,7 %	2012
Population des femmes enceintes	4,9 %	2012
Population de moins de 15 ans	57 %	2012
Population de 65 ans et plus	3 %	2012
Densité (habitants au km <sup>2</sup> )	13 ,4	2012
Taux d'urbanisation	21,7 %	2012
Taux d'accroissement de la population	3,9%	2012
Indice synthétique de fécondité	7,6%	2012
Taux de mortalité maternelle pour 100 000	5, 54 ‰	2012
Taux brut de natalité	47 ‰	2012
Taux brut de mortalité (projection)	11,6‰	2012
Taux brut de mortalité infantile	51 ‰	2012
Taux de mortalité juvénile	81‰	2012
Taux de mortalité infanto juvénile	127‰	2012
Taux brut de Scolarisation au Primaire	66,5%	2012
Taux Brut de Scolarisation au Secondaire	2%	2012
Le taux d'alphabétisation national	29%	2012
Espérance de vie (nombre d'années)	55.5 ans	2012
PIB/habitant	212 500 FCFA	2012

Source : EDSN 2012

## 1.6. Analyse du système de santé

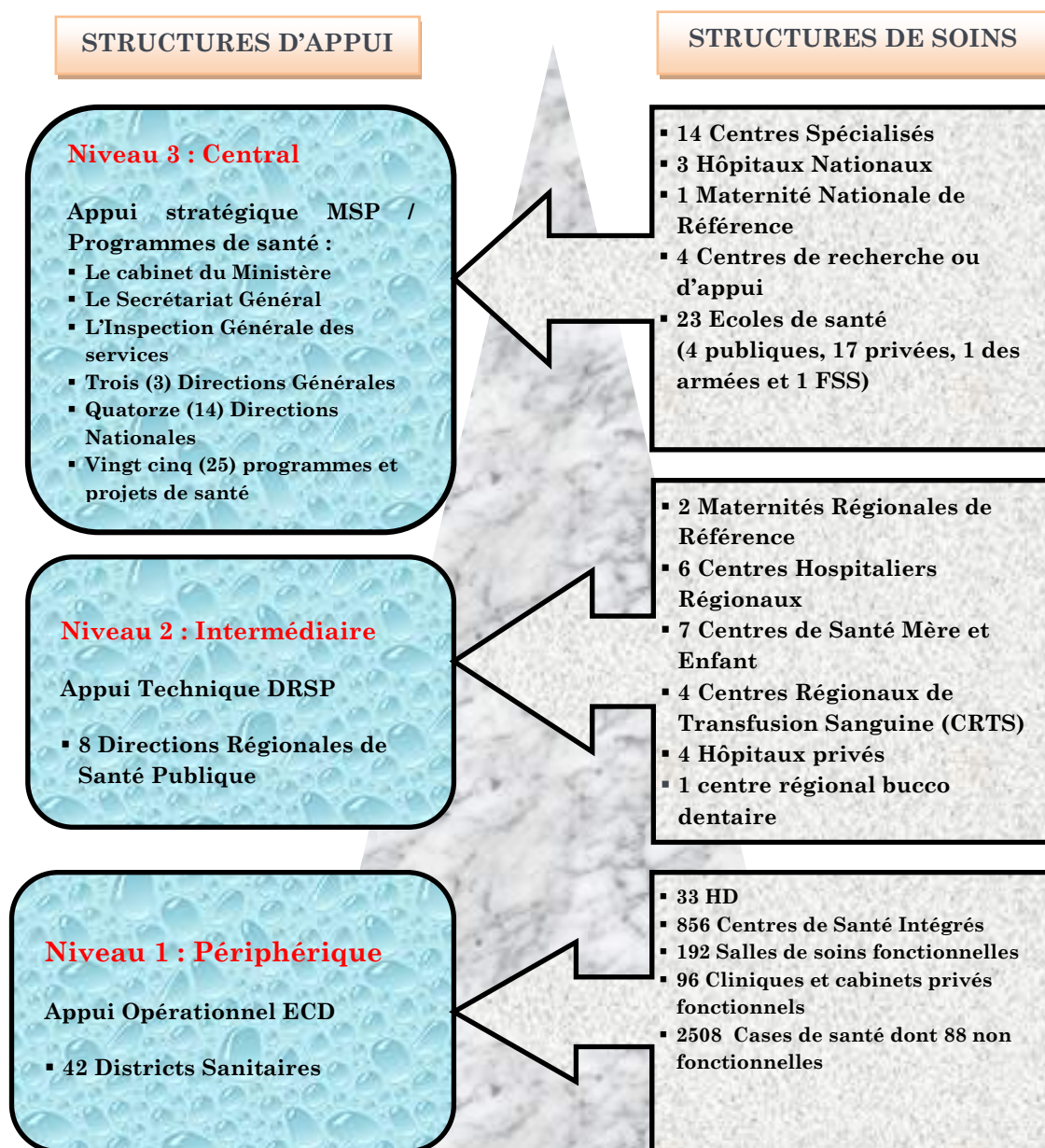
### 1.6.1. Organisation des services de santé

S'agissant de l'organisation technique, l'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire structurée en 3 niveaux hiérarchisés :

#### a) Secteur Public :

L'organisation du système de santé est calquée sur le découpage administratif du pays. Les différentes attributions par niveaux se résument comme suit :

- La Gouvernance du Système de santé est assurée au niveau national par l'administration centrale du Ministère de la Santé Publique qui comprend le cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions Générales et les Directions Nationales. Ce niveau est chargé de la définition de la politique sectorielle, des stratégies, des normes et de veiller à leur application.
- Le niveau intermédiaire constitué de 8 directions régionales, et est chargé de la coordination et de l'appui technique des districts.
- Au niveau périphérique, l'action sanitaire repose sur 71 districts sanitaires (DS). Ce niveau est chargé de l'opérationnalisation de la politique sanitaire à travers l'offre de soins de santé primaires aux populations.



Source : annuaire statistique 2013

**Figure II : Pyramide sanitaire et son fonctionnement au Niger**

Le système de soins public est assuré du niveau périphérique au niveau central par les cases de santé, les centres de santé intégrés, les centres de santé mères-enfants, les maternités, les hôpitaux de district, les centres hospitaliers régionaux et les hôpitaux nationaux (Voir Tableau 3 ci-dessous).

**Tableau 3 : Infrastructures sanitaires du secteur public**

<b>Structures</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Nombre fonctionnel</b>
Hôpitaux nationaux	3	3
Hôpitaux régionaux	6	6
Hôpitaux de districts	33	33
Districts sanitaires	71	42
Centres nationaux de références	12	11
Centres de santé intégrés	871	871
Cases de santé	2508	2434
Maternités de références	2	2
Centres mères-enfants	7	2
Maternités régionales de références	3	3
Hôpital des armées	1	1
CNSS	8	8

*Source : annuaire statistique 2013*

La gratuité des soins communément utilisée au Niger recouvre en fait un allègement des tarifs pour les patients et un financement par l'Etat en tant que tiers payant. Cette gratuité des soins, mise effectivement en place en 2006, concerne en particulier : i) la prise en charge de la césarienne, la prise en charge des cancers gynécologiques ; ii) les consultations prénatales ; iii) la planification familiale ; iv) les soins délivrés aux enfants de moins de 5 ans, y compris les médicaments.

La gratuité a ainsi contribué positivement à l'amélioration de plusieurs indicateurs clés de suivi du PDS en particulier ceux du paludisme ; mais cette efficacité peut être atténuée par les effets des retards de remboursement des factures, tels que l'absence de médicaments et le retour illégal mais nécessaire au paiement des soins.

### **b) Secteur privé**

Des établissements privés principalement orientés vers les activités curatives et concentrés dans les centres urbains. On dénombre 288 établissements dont 36 cliniques et polycliniques, 257 cabinets médicaux et salles de soins et 5 hôpitaux privés sans but lucratif, un centre privé spécialisé en ophtalmologie (MAKKA) sous financement saoudien localisé à Niamey.

### **c) Médecine traditionnelle**

Elle reste très souvent le premier recours des malades, particulièrement en milieu rural, dans un contexte où les traditions et la spiritualité sont extrêmement marquées. Ces malades ne se tournent vers la médecine moderne qu'après l'échec de ce premier traitement même si les prix pratiqués ne sont pas plus compétitifs.

Dans le cadre des soins de santé primaires, le recours aux remèdes traditionnels se justifie. Il y a lieu cependant d'évaluer l'utilisation de ces médicaments et de renforcer simultanément la recherche fondamentale et appliquée dans le domaine de la pharmacopée traditionnelle lors de l'introduction de ces remèdes dans les structures de soins.

Au Ministère de la Santé Publique, les tradipraticiens sont organisés en association, ils sont sous tutelle de la DPHL/MT, ils reçoivent des formations et sont régulièrement suivis.

#### **d) Le système communautaire**

Le Niger dispose d'agents communautaires formés par les programmes verticaux (paludisme, ver de guinée, maladies diarrhéiques etc.) plus ou moins opérationnels mais souvent livrés à eux-mêmes. Plusieurs ONG locales, Associations et Groupements féminins sont impliqués dans l'organisation des campagnes de sensibilisation et de communication en direction des communautés. Il s'avère nécessaire d'appuyer, d'encadrer et de coordonner les interventions de tous ces acteurs pour accélérer le changement de comportements des différentes cibles. D'autres canaux non moins importants, tels que les leaders religieux et confessionnels, les tradipraticiens, les agents de santé, les artistes et les écoles sont aussi mis à contribution. Les femmes sont aussi bien impliquées que les hommes dans les prises de décisions, dans la gestion des structures et dans l'offre de soins.

En tout, il existe en 2013 environ 100 villages ayant 200 relais communautaires pour la PECADOM et 1034 sites de mise en œuvre du projet de prise en charge intégrée au niveau communautaire (ICCM) avec 1539 relais communautaires.

Plusieurs ONG locales, associations, groupements féminins et autres structures organisées, tradipraticiens, leaders religieux, artistes, écoles...) sont impliqués dans l'organisation des campagnes de sensibilisation et de communication en direction des communautés. Cependant il s'avère nécessaire de les appuyer, de les encadrer et de coordonner leurs interventions pour accélérer le changement de comportements au niveau des différentes cibles.

L'approche communautaire connaît une réelle insuffisance vue sous les angles de : (i)- l'implication des ménages et des relais communautaires, (ii)-de l'effectif des Agents de Santé Communautaires (ASC), de leur formation et des modes de leur rétribution à pérenniser et à rationaliser l'utilisation des cases de santé.

### **1.6.2. Ressources humaines pour la santé**

Les ressources humaines du secteur de la santé comprennent 12783 agents dont 7359 agents en activité. 76% travaillent dans les grands centres urbains contre 24% en zone rurale. De façon générale, le personnel reste insuffisant relativement aux normes recommandée par l'OMS.

**Tableau 4 : Situation du personnel de soins 2013**

<b>Catégorie de personnel soignant</b>	<b>Médecins (généralistes et spécialistes)</b>	<b>Sages-femmes</b>	<b>Infirmiers (toutes catégories)</b>
Ratio National	1/16 307	1/3 710	1/3 765
Norme OMS	1/10 000	1/5 000	1/5 000

Source : annuaire statistique 2013

## 1.6.2. Performance du système de santé

Afin d'accélérer l'application des stratégies des SSP, le Niger a aussi souscrit, depuis 1987 à l'Initiative de Bamako qui a pour but de redynamiser le système de santé en réorganisant son fonctionnement et en impliquant davantage dans sa gestion les populations bénéficiaires.

En juillet 1995, l'État a adopté la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé qui avait comme objectif l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des individus, des familles et des communautés. Elle impliquait le développement des activités prioritaires préventives et promotionnelles intégrées aux soins curatifs et aux actions intersectorielles coordonnées dans le cadre d'un processus gestionnaire.

En dépit des efforts consentis au cours de la mise en œuvre de ces différentes politiques, les indicateurs sanitaires sont demeurés préoccupants.

Afin d'accélérer la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires et l'objectif universel de la santé pour tous au 21<sup>ème</sup> siècle, le gouvernement a adopté la Déclaration de Politique Sanitaire en mai 2002.

Le plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015 a pour objectif général de contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en vue de l'atteinte des OMD liés au secteur santé. L'objectif spécifique assigné au PDS 2011-2015 est d'offrir des soins et services de qualité à la population en particulier les groupes vulnérables. Ces efforts devront principalement se traduire par une réduction de la mortalité en particulier pour les enfants et les femmes. Les principaux axes stratégiques retenus pour l'opérationnalisation du PDS sont :

- la réduction de la morbidité liée aux maladies transmissibles en particulier le paludisme, le VIH et la TB, surtout chez la mère et l'enfant ;
- la satisfaction accrue des utilisateurs des services de santé ;
- la performance améliorée de la gestion du système à tous les niveaux ;
- la protection accrue des mères et enfants.

Le PDS 2011-2015 prévoit une augmentation de la part du budget de la santé sur le budget national de 9,5 % en 2010 à 13,4 % en 2015. L'État demeure le principal garant des dépenses nationales de santé (40 %). Les autres efforts de financement proviennent des ménages (28 %) et des partenaires techniques et financiers (27 %). Le secteur privé, bien qu'en plein essor, contribue à hauteur de 4 %. Quant à la participation des ONG nationales, elle est encore très faible (0,2 %).

La mortalité infantile et infanto-juvénile ainsi que la mortalité maternelle sont en baisse. Une étude récente menée par l'Institut national de la Statistique a montré que la mortalité infanto juvénile a baissé de près de 40 % au cours des dix dernières années. Les principales pathologies pour lesquelles les malades consultent et qui constituaient les principales causes de morbidité en 2011, restent le paludisme (27,3 %), la toux et le rhume (18,6 %), la pneumonie (10,7 %) et les maladies diarrhéiques (10,1 %).

Après l'évaluation interne à mi-parcours du PDS 2011-2015 au cours de laquelle les forces et les faiblesses du système ont été dégagées, les priorités ci-après ont été définies et leurs mises en œuvre se poursuivent pour l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement en particulier



l'OMD 6 (combattre le VIH/ SIDA, le paludisme et d'autres maladies endémiques ; arrêter la propagation du VIH/ SIDA et inverser la tendance d'ici 2015, maîtriser le paludisme et inverser la tendance) :

- Renforcer les infrastructures et équipements ((i) Réhabiliter les Centres de Santé Intégrés (CSI), (ii) Construire des maternités au niveau des CSI, (iii) Réhabiliter les maternités des HD par la construction et équipement des blocs opératoires, (iv) Transformer les CSI TYPE I en CSI type II, (v) Construire des hôpitaux des districts, (vi) Doter les CSI en motos, (vii) Doter les CSI, HD, MR et CHR en ambulance, motos et en véhicules de supervision) ;
- Mettre en œuvre des stratégies appropriées (stratégies avancées, mobile décentralisée, ...) pour les populations d'accès difficiles ;
- Doter les structures sanitaires en ressources humaines en quantité et en qualité ;
- Renforcer la motivation des agents et gestion et planification des carrières ;
- Développer les services de Santé de la Reproduction à travers les interventions suivantes:
- Mettre en œuvre un plan de pré positionnement de la PF ;
- Améliorer la Santé des Adolescents et des Jeunes (SAJ) ;
- Améliorer de la prise en charge de la santé de la mère et du nouveau-né ;
- Renforcer la supervision, de l'inspection et du contrôle à tous les niveaux;
- Approvisionner des formations sanitaires en médicaments, consommables et réactifs, intrants alimentaires, vaccins ainsi que les ARV (Anti retro viraux) ;
- Mettre aux normes les laboratoires d'analyse médicale à tous les niveaux
- Renforcer les capacités des agents de santé en planification, micro planification, management et en AQ à tous les niveaux ;
- Intégrer la recherche en santé dans la gestion quotidienne des structures sanitaires ;
- Mettre en place et harmoniser à tous les niveaux les outils d'estimation des besoins et de gestion des stocks ;
- Intensifier le plaidoyer pour une mobilisation des ressources financières suffisantes au secteur ;
- Intensifier la lutte contre la maladie.

Sur la base de l'analyse des forces et faiblesses des différents piliers du système de santé, des mesures ont été proposées pour son renforcement (Voir Tableau 5 ci-dessous).

**Tableau 5 : Récapitulatif de l'analyse du système de santé**

<b>Six piliers pour le renforcement du système de santé</b>	<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>	<b>Mesures proposées pour le renforcement du système de santé</b>
Leadership et gouvernance	Existence d'un Plan de Développement Sanitaire (PDS 2011-2015)	Insuffisance du suivi et de l'évaluation (supervision, contrôle de qualité de service)	Elaboration et adoption des outils de suivi et évaluation adaptés au contexte
	Existence d'un guide de suivi et évaluation du PDS 2011-2015	Faiblesses liées à l'absence d'outils appropriés et à l'insuffisance des compétences dans ce domaine	Renforcement des capacités des agents de santé en suivi évaluation

Financement durable et protection sociale		Insuffisance dans le financement de l'Etat Faible couverture du pays en assurance maladie et mutuelle de santé	Mise en place de Mécanismes innovants de financement de la santé, création d'un fonds social de santé, taxes spécifiques de santé
Personnel de santé	Disponibilité des ressources humaines sur le marché	Faible recrutement du personnel qualifié par la fonction publique	Mise en place de mécanismes alternatifs de recrutement du personnel (la contractualisation)
	Disponibilité des écoles de formation du personnel de santé	Insuffisance quantitative et qualitative du personnel	Mise en formation de plus 600 agents en spécialisation pour pallier au déficit en ressources humaines
	Formation des spécialistes	Répartition inégale des ressources humaines entre les zones rurales et les zones urbaines	Mise en place des mesures de redéploiement du personnel à l'intérieur des régions
Produits médicaux, technologie, infrastructures et logistique	Disponibilité de l'ONPPC	Ruptures fréquentes de certaines molécules essentielles sur le terrain	Renforcement des capacités des agents en gestion des stocks de médicaments et en estimations de besoins
	Existence des centrales d'achat privé	Faibles capacités des acteurs dans l'expression des besoins en intrants ; Lenteur dans les procédures de passation des marchés	Mise en place d'un système de contrôle de gestion des médicaments
	Existence de 3 magasins régionaux, 42 pharmacies populaires et 87 officines et dépôts privés	Péréemption de certaines molécules au niveau des centres de soins	Systématisation des inventaires de stocks à tous les niveaux
Prestation de services	Organisation des sorties foraines et des mobiles	Insuffisance de la couverture sanitaire (47,80%)	Promotion des stratégies à assises communautaires pour pallier l'insuffisance de couverture sanitaire et accroître l'offre de soins
	Transformation de plusieurs cases de santé en centres de santé intégrés Mise en place des équipes mobiles intégrées au niveau de 16 Districts sanitaires ; Mise en place des relais communautaires au	Insuffisance de l'offre de soins de qualité en fixe	Poursuite de la mise en place des équipes mobiles au niveau de 21 Nouveaux district sanitaire

	niveau de plus 1200 Villages		
Système d'information sanitaire	Existence d'un système national de gestion des données sanitaires opérationnelles à tous les niveaux	Ruptures fréquentes des supports de collecte des données  Non-respect des délais de transmissions des données	Engagement du système d'information dans des réformes très importantes à travers la révision des supports, des calculs des indicateurs, l'introduction des tableaux de bord
	Réalisation d'un annuaire des statistiques sanitaires toutes les années	Insuffisance dans la promptitude des rapports et la complétude des données sanitaires	Renforcement de la communication et des capacités des ressources humaines
	Formations cycliques des agents sur la gestion des données sanitaires	Faibles capacités des structures dans l'archivage des données et des supports	

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

L'ancrage institutionnel du PNLP et le renforcement en ressources humaines au cours de la période 2011-2015 ont permis une meilleure coordination du partenariat et un suivi plus régulier des activités de lutte contre le paludisme au niveau opérationnel. Au niveau central, le cadre de concertation à travers le partenariat RBM a permis le renforcement de la participation des partenaires à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme. Au niveau régional, la concertation périodique de plaidoyer avec les représentants des districts sanitaires est un atout pour l'amélioration de la performance du programme.

Tout ceci se déroule dans un cadre d'intégration des activités de lutte contre le paludisme aux prestations de service du système de santé.

Le renforcement des stratégies de lutte contre le paludisme doit se faire dans le cadre de celui des piliers du système de santé (Voir Tableau 6 ci-dessous).

**Tableau 6 : Contribution du système de santé à la lutte contre le paludisme**

Déterminants de la performance du système de santé	Actions requises pour renforcer la lutte contre le paludisme
Leadership et gouvernance	Volonté politique renouvelée à soutenir la lutte contre le paludisme à travers un haut engagement politique
	Gestion appropriée des ressources humaines, matérielles et financières du secteur de la santé dans le cadre du Plan National de développement sanitaire et de la politique nationale de santé
Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé	Mise à disposition de ressources financières nécessaires avec une mobilisation à partir du budget national et auprès des partenaires financiers (externes et internes)
Développement des ressources humaines	Personnel de santé en nombre suffisant et ayant bénéficié de formation ou de mise à niveau adéquates et bien reparté sur tout le pays pour mettre en œuvre des interventions de meilleure qualité
	Personnel de santé respectant les directives techniques de prise en charge et de prévention, notamment la confirmation biologique et le traitement des cas de paludisme dans un contexte de gratuité des services.
Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé	Mise en place d'une stratégie efficace d'approvisionnement en intrants de lutte contre le paludisme pour assurer un accès équitable à toute la population à risque
Amélioration des prestations de services	Mise en œuvre de paquets d'interventions efficaces contre le paludisme à ceux qui en ont besoin, quand et où ils en ont besoin grâce à une bonne couverture sanitaires et des structures à base communautaire
Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire	Production, analyse, diffusion et utilisation des informations fiables sur le paludisme en temps opportun à tous les niveaux. L'accent devra être particulier mis sur la confirmation diagnostique, les cas de paludisme confirmés et les décès par paludisme.

## 2. ANALYSE DE LA SITUATION NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

### 2.1. Profil épidémiologique

#### 2.1.1. 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 *Pf* plus *Pm* et *Pf* plus *Po* :

- La proportion des infections mixtes *Pf* plus *Pm* est de 1% à Agadez et de 10% à Gaya ;
- La proportion des infections mixtes est de 11% à Tessaoua dont 10,5% de *Pf* plus *Pm* et 1% *Pf* plus *Po*.

Une étude comparative de la sensibilité des parasites aux Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA), Artéméther-Luméfantrine et Artésunate-Amodiaquine fut réalisée en 2012 à Gaya. Cette étude fut réalisée par le CERMES en collaboration avec le PNLP et l'Université ABDOU MOUMOUNI de Niamey. Elle a montré que l'Artésunate-Amodiaquine (AQ) et Artéméther-Luméfantrine (AL) ont une très bonne efficacité thérapeutique avec respectivement des réponses cliniques et parasitologiques adéquates de 97.1% et 94.8%. Ces molécules sont bien indiquées dans la prise en charge des cas de paludisme simple et permettent une bonne clairance parasitaire.

Une étude moléculaire de la sensibilité de la Sulfadoxine Pyriméthamine et l'Amodiaquine dans le cadre de la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier est en cours.

Une étude comparative de l'efficacité de la Dihydroartémisinine pipéraquline, l'Artésunate Amodiaquine et l'Artéméther Luméfantrine entreprise par EPICENTRE en collaboration avec le PNLP et le CERMES est aussi en cours (2013 et 2014).

## 2.1.2 Vecteurs du paludisme

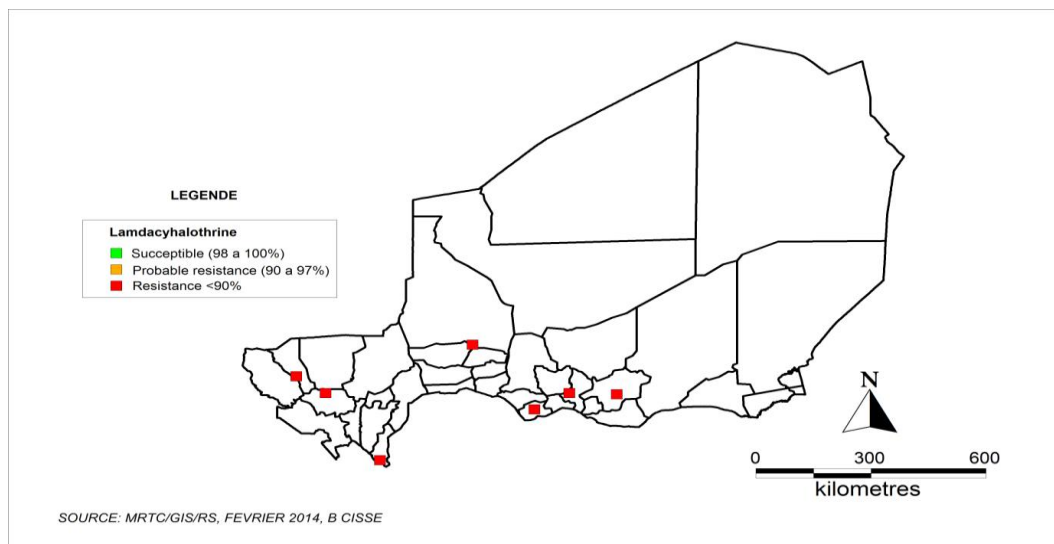
Parmi les 17 espèces d'anophèles inventoriées au Niger par Julves en 1991, seules les espèces du complexe *Anopheles gambiae s.l.* et *Anopheles funestus* sont impliquées dans la transmission du paludisme. Entre 2012 et 2013 les études entomologiques menées dans les sites sentinelles de PNLP ont montré les résultats suivants :

- dans la zone hyperendémique : quatre (4) espèces d'anophèles (*Anopheles gambiae s.l.*, *Anopheles funestus*, *Anopheles pharaonsis* et *Anopheles rufipes*) ont été répertoriées ;
- dans la zone méso endémique, seul *Anopheles gambiae s.l.* a été rencontré ;
- et dans la zone hypo endémique trois espèces d'anophèles (*Anopheles gambiae s.l.*, *Anopheles pharaonsis* et *Anopheles rufipes*) ont été rencontrées.

Les paramètres entomologiques, fluctuaient d'une année à une autre et selon les strates épidémiologiques. Les densités moyennes par case variaient du Nord au Sud, avec 1,14 anophèle par case à Agadez, 53 anophèles par case à Tessaoua et 104 anophèles par case à Gaya. Ces vecteurs piquaient et se reposaient aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des habitations humaines et sont zoo-anthropophages. Ils ont été trouvés très âgés (Taux de parturité moyen de 80,13%) dans les trois sites et porteurs du plasmodium (taux d'infection moyen de 2,38%). Le Taux d'Inoculation Entomologique (TIE) est aussi supérieur à l'ipiqûre infectante par homme et par mois.

Par rapport au suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides, une étude menée par le PNLP en 2013 a montré une résistance *An. gambiae* forme moléculaire M aux pérythrinoides et au DDT 4% dans les sept localités de l'étude. Par contre pour le bendiocarb 0,1% et le malathion 5%, *An. gambiae* a montré une sensibilité. Il faut également noter la présence d'enzymes de détoxification

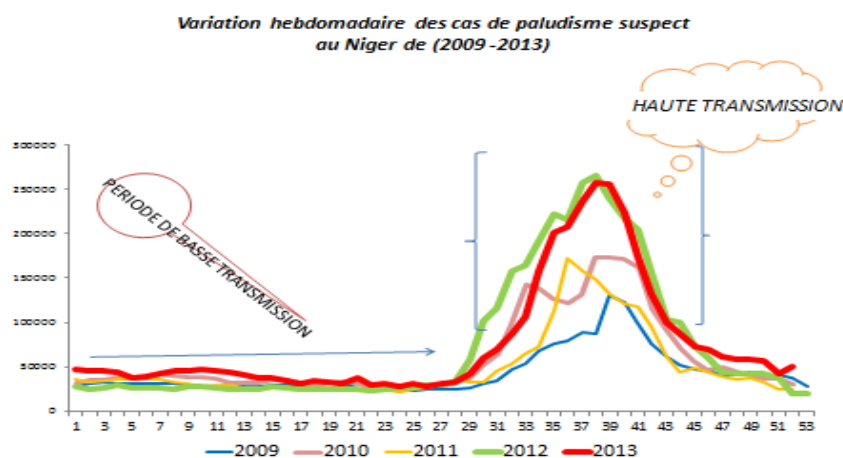
(estérase, oxydase et GST) chez ce vecteur dans plusieurs sites. La mutation Kdr (gène de résistance) est présent chez *Anopheles gambiae* forme M) à une fréquence variant de 33 à 78% selon les sites. Un comité d'experts indépendants chargés de la gestion des résistances des vecteurs aux insecticides a été mis en place en 2013. Un programme de suivi de cette résistance est mis en place pour disposer de données et avoir un outil d'aide à la décision dans le cadre de la stratégie nationale de lutte anti vectorielle.



**Figure III : Cartographie de la résistance des vecteurs aux insecticides : cas de la lamdacyhalothrine**

### 2.1.3 Dynamique de la transmission du paludisme et niveaux d'endémicité

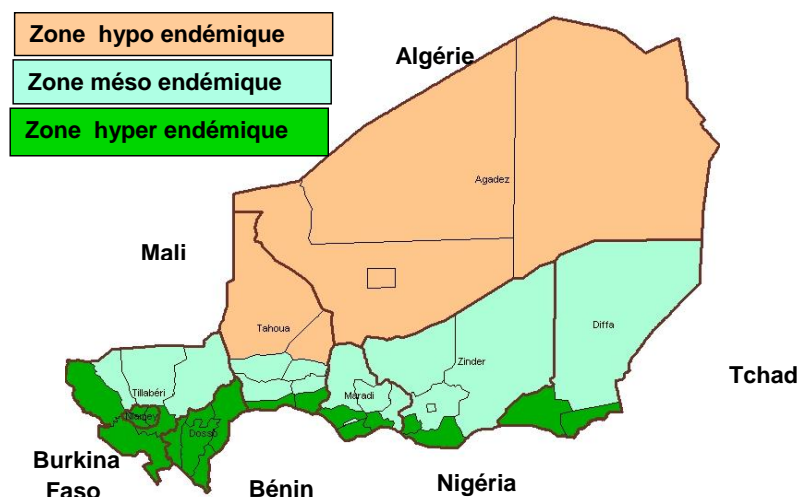
Le profil épidémiologique du paludisme au Niger se caractérise par une endémicité stable marquée par une recrudescence saisonnière pendant et après la saison des pluies c'est-à-dire de juin à décembre (Voir graphique ci-dessous).



**Graphique I : Variations hebdomadaires des cas de paludisme suspects au Niger, 2009-2013**

L'endémicité du paludisme au Niger se superpose aux zones géo-climatiques avec 3 faciès épidémiologiques résumés ci-dessous selon le type de transmission :

- Une zone nord hypo endémique (zone saharienne) avec une transmission sporadique ;
- Une zone intermédiaire méso endémique (zone sahélienne) avec une transmission saisonnière courte (inférieur à 4 mois);
- Une zone sud hyper endémique (zone soudanienne) avec une transmission saisonnière longue (4 à 6 mois).



Source : Service Suivi – Evaluation / PNLN / Niger, 2010

#### Figure IV : Strates épidémiologiques du paludisme au Niger

Toute la population nigérienne est exposée au paludisme. Toutefois, les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les personnes immunodéprimées constituent les groupes les plus vulnérables qui développent fréquemment des formes graves de paludisme.

Les épidémies surviennent généralement pendant les périodes de fortes pluviométries souvent à la suite d'inondations. Les dernières épidémies survenues au Niger ont été enregistrées en Juillet/Aout 2012 dans les districts sanitaires de Niamey, Tillabéry, Agadez et Abalak.

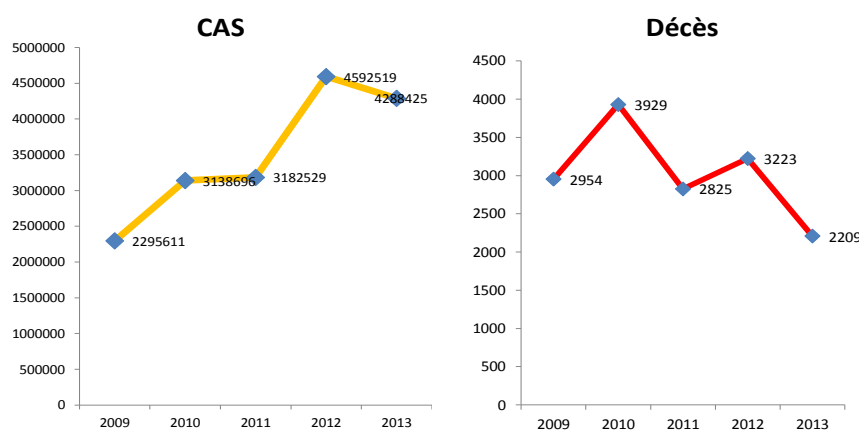
#### 2.1.4. Morbidité et Mortalité du paludisme

La mortalité attribuable au paludisme reste très élevée au Niger malgré les efforts de lutte. En effet, le nombre de cas de paludisme rapportés par les formations sanitaire en 2013 s'élève à 4 288 425. L'augmentation des cas en 2012 et 2013 s'explique par un meilleur rapportage des cas de paludisme et l'engouement de la population pour aller se soigner et bénéficier de certains avantages comme la distribution gratuite de moustiquaires. Aussi, la confirmation biologique des cas de paludisme demeure faible et beaucoup de cas de fièvres sont considérés comme des cas de paludismes présumés. Toutefois, la létalité diminue comme l'indique la courbe d'évolution de la létalité ci-dessous.

On observe une variation de l'incidence du paludisme avec un taux de 20 231 cas pour 100 000 habitants en 2011, 28 219 cas en 2012 et 26282 cas en 2013. Ceci s'explique par :

- L'évolution en dents de scie de l'incidence peut s'expliquer d'une part par l'augmentation du nombre des structures sanitaires qui font la notification des cas et d'autre part par l'insuffisance dans la mise en œuvre d'interventions efficaces de protection des populations à risque de paludisme. En effet, jusqu'à la fin 2013 toutes les campagnes de distribution de masse de MILDA n'ont concerné que les groupes cibles (enfants < 5 ans, femmes enceintes). Ce n'est qu'en 2014 que les campagnes d'accès universel de distributions des MILDA à toutes les personnes à risque ont commencé à être organisées.
- A cette situation il faut ajouter la survenue de pluviométries importantes au cours de ces dernières années occasionnant des inondations qui s'accompagnent de flambées de cas prenant l'allure d'épidémie de paludisme.

Les augmentations des cas de paludisme ne sont pas toutefois accompagnées d'augmentations de la létalité du fait de l'amélioration de la disponibilité des intrants de lutte contre le paludisme et de la mise à la disposition des formations sanitaires en personnel adéquat et formé permettant ainsi une amélioration de la prise en charge des cas graves de paludisme.



**Graphique II : Evolution des cas et décès dus au paludisme de 2009 à 2013**

### 2.1.5. Stratification du paludisme et cartographie

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.



**Tableau 7 : Stratification et populations à risque de paludisme par strate au Niger**

Strates	Niveau de transmission	Incidence annuelle 2013	Taux positivité des tests 2013	Nombre de districts	Population par strate 2013	% population par strate
I	Zone à transmission saisonnière longue (4 à 6 mois)	73‰	63%	20	9 397 283	53%
II	Zone à transmission saisonnière courte (inférieur à 4 mois)	63‰	68%	16	7 262 125	41%
III	Zone à transmission sporadique	36‰	50%	6	1 139 159	6%

Source SE/PNLP

Pour chaque strate, le taux de positivité annuel des tests parasitologiques et l'incidence annuelle du paludisme ont été calculée à partir des données SNIS de routine. Les caractéristiques ci-dessus des 3 strates permettront d'orienter de façon plus ciblée les interventions de lutte.

## **2.2. Performance du programme de lutte contre le paludisme**

### **2.2.1. 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. De 1962 à 1965, une enquête de l'OCCGE a permis d'évaluer l'endémie palustre et de faire la situation sur les vecteurs existants.

Le premier séminaire national sur le Paludisme a eu lieu à Maradi en 1983, ensuite est intervenue la création du Programme National de Lutte contre le Paludisme en 1984 pour lequel un plan quinquennal a été adopté en 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, où 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 2006-2010 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.

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

La mise en œuvre des interventions clés de la lutte contre le paludisme au cours des dernières années a permis d'enregistrer des résultats satisfaisants dans le cadre de l'accès universel, mais des défis restent encore à relever.

### **2.2.2.1. Capacités institutionnelles et Gestion de la lutte contre le paludisme**

#### **2.2.2.1.1. Cadre institutionnel et organisationnel de la lutte antipaludique**

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 qui a été révisée en 2013. Les directives techniques pour la mise en œuvre de cette politique ont été élaborée/mise à jour en 2014 conformément aux recommandations de l'OMS et surtout en fonction du contexte national du paludisme.

Le PNLP est chargé au niveau du MSP de la coordination 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.

Le Plan stratégique 2011-2015 s'inscrit dans le cadre des engagements nationaux et internationaux auxquels a souscrit le Niger. En dépit de l'engagement politique au plus haut niveau et de l'adoption de ce plan axé sur l'accès universel, le financement des interventions du programme tant au niveau central qu'au niveau déconcentré dépend en grande partie des fonds extérieurs. En effet, jusqu'en 2011, le financement des principaux intrants (médicaments, réactifs, moustiquaires, insecticides, matériel et équipements de pulvérisation, salaire des contractuels) reposait essentiellement sur les fonds extérieurs, tandis que les salaires des fonctionnaires et certaines charges de fonctionnement (local, eau, électricité, téléphone) étaient supportés par l'Etat. Pour mener à bien la gestion stratégique du programme, plusieurs stratégies ont été développées. Il s'agit notamment :

- de la dynamisation du système de suivi et évaluation des interventions de lutte contre le paludisme notamment la mise en place d'un système de surveillance de routine fonctionnel et la réalisation d'enquêtes nationales représentatives pour évaluer l'impact du programme ;

- du renforcement des capacités managériales et de coordination du programme à tous les niveaux ;
- du renforcement du partenariat RBM autour du PNLP en vue de mobiliser un financement viable prenant en compte les contributions de l'Etat et les opportunités de financement au niveau international.

➤ **Sur le plan ressources humaines :**

La coordination du PNLP compte en 2014 un effectif de 33 cadres et de 11 auxiliaires repartis comment suit :

**Tableau 8 : Répartition du personnel du PNLP 2014**

Unités du PNLP	Effectif par unité	Profil	Observations
Coordination	3	1 Médecin Epidémiologiste, Gestionnaire des Projets et Programmes de développement, 1 Médecin Epidémiologiste, Paludologue, 1 Gestionnaire des Service de Santé, Paludologue,	
Entomologie	6	2 Entomologistes, 1 Technicien Supérieur de Laboratoire, 1 Infirmier Diplômé d'Etat, 1 Technicien Supérieur d'Hygiène et Assainissement, 1 Technicienne d'Hygiène et Assainissement	1 ASCN Entomologie
PEC	3	2 Médecins Généralistes 1 Inspectrice Adjointe de Promotion Humaine	1 ASCN
Biologie	3	1 Microbiologiste, 1 Technicien Supérieur de Laboratoire, 1 Technicien de Laboratoire	1 ASCN Technicien Supérieur de Laboratoire
IEC/CCC	9	3 Techniciens supérieurs en IEC, 3 Techniciens Supérieurs en Assistanat Social 2 Sage - Femmes Diplômées d'Etat, 1 Infirmier Diplômé d'Etat	3 ASCN Techniciens supérieurs en IEC
Approvisionnement	2	1 Gestionnaire des services de santé, 1 Logisticien	2 ASCN
Suivi & Evaluation	3	2 Techniciens Supérieurs en Epidémiologie Biostatistique 1 DESS en Epidémiologie et Biostatistique	1 stagiaire
Secrétariat	3	1 Opératrice Radio/Standardiste 1 Secrétaire 1 Assistante de Direction	
Comptabilité	1	1 Comptable	
Auxiliaires	9	1 planton, 2 Manœuvres, 1 Gardien, 6 Chauffeurs	
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>		<b>9</b>

Source : PNLP, Service administration et gestion du personnel.

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

➤ **Du point de vue fonctionnement du programme :**

Avec pour tutelle la direction des études et de la programmation du Ministère de la Santé, les frais de fonctionnement du PNLP à savoir les salaires, l'entretien, les charges sont supportés sur le budget de l'Etat.

Le PNLP approvisionne les structures régionales et les districts en intrants notamment en ACT, TDR, Insecticides, MILDA etc...

Entre 2011-2013 le PNLP a pu acquérir sur les différents rounds des subventions du Fonds Mondial neuf (9) véhicules utilitaires dont un (1) par direction régionale pour les différentes supervisions.

### **2.2.2.1.2. Partenariat en faveur de la lutte contre le paludisme**

Dans le cadre du Partenariat pour la lutte contre le paludisme, une coordination efficace entre les partenaires est nécessaire pour une harmonisation en vue d'une meilleure mobilisation des ressources au niveau du pays. Pour cela, Le secteur de la santé est un secteur dont l'impact final dépend des contributions d'autres secteurs publics, du secteur privé et de la participation communautaire.

Au Niger, plusieurs secteurs sont engagés dans la mise en œuvre des stratégies clés de la lutte contre le paludisme. En tant qu'organe de coordination, le PNLP a besoin d'augmenter sa capacité à optimiser les apports des différents partenaires. Au niveau central, un accent particulier a été mis sur la fonctionnalité des instances de coordination et plus précisément, le cadre de concertation des partenaires de la lutte contre le paludisme par l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'un plan de travail unique.

Au cours des cinq dernières années, le PNLP a développé des partenariats et créé des cadres de collaboration avec diverses organisations et structures impliquées dans la lutte contre le paludisme au Niger. Au nombre de ces organisations et structures figurent le cadre de concertation des partenaires de Roll Back Malaria (**RBM**) qui regroupe les Agences du Système des Nations-Unies comme l'OMS et l'Unicef, les organisations sous régionales comme RBM/WARN, la CEDEAO, l'UEMOA, l'OOAS, les ONG internationales (World Vision, MSF, CRS, Plan Niger, PSI) le secteur privé et les communautés.

Ce cadre qui regroupe tous les partenaires RBM, a appuyé le PNLP dans la mise en œuvre du programme et les efforts de plaidoyer à mener auprès des autorités gouvernementales et des partenaires de développement.

Ce partenariat a permis au Niger de réaliser des progrès significatifs dans la lutte contre le paludisme au cours de la dernière décennie, le secteur privé a eu un essor particulier suite à un plaidoyer fort qui a abouti à la mise en place d'une coalition des entreprises du secteur privé qui regroupe toutes les grandes sociétés de la téléphonie, du secteur des mines et du pétrolier etc.....

Même s'il est vrai que leur action reste timide, des sensibilisations se poursuivent afin qu'elle voit l'intérêt d'investir dans la lutte contre le paludisme.

Le PNLP entend développer des partenariats diversifiés et fiables, à la fois à l'échelle nationale et au niveau international pour garantir un financement sûr et durable.

Plusieurs types de partenariats en faveur de la lutte contre le paludisme sont développés en fonction de l'avantage comparatif de chaque partie prenante.

#### **a) Participation communautaire**

A travers le Système de Recouvrement de Coûts (SRC) mis en place par le Gouvernement, la prise en charge du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans est gratuite aussi bien pour les cas simples que les cas graves.

Les patients payent en partie leur prise en charge (GE, TDR, antipaludiques) ce qui permet de réapprovisionner et de rendre fonctionnelle les structures sanitaires (Réapprovisionnement, motivation des prestataires).

En ce qui concerne les initiatives locales en faveur de la lutte contre le paludisme, la Fondation Guri Vie Meilleure et la Fondation Tattali Iyali interviennent à travers la distribution de MILDA, de médicaments et de parrainage de manifestation (écoliers contre le paludisme, un élève-une MILDA)

#### **b) Partenariat avec la société civile (ONG, autres organisations communautaires)**

Plusieurs ONG nationales, internationales et des associations interviennent dans la lutte contre le paludisme à travers les différentes stratégies de prévention de prise en charge des patients mais également de formations et de recherche.

Dans le cadre des activités à base communautaire, le PNLP collabore avec des ONG locales, groupements de jeunes, groupements de femmes dans le cadre de la sensibilisation pour un changement de comportement, de l'hygiène, de la formation mais également de la participation à la prise en charge communautaire des patients.

La médecine traditionnelle joue un rôle important dans la lutte contre le paludisme à travers leur association qui travaille en collaboration avec la DPHL.

#### **c) Coopération bilatérale et multilatérale**

Dans le cadre de la coopération bilatérale, le PNLP bénéficie de l'appui de la coopération chinoise à travers la mise à la disposition des formations sanitaires des ACT et de l'artéméther pour la prise en charge des cas de paludisme grave. Il en est de même pour les autres partenaires qui interviennent à travers le Fonds Commun (FC) pour la mise en œuvre d'activités de supervision, de formation et de recherche.

Dans le cadre de la lutte contre les catastrophes, l'Union Européenne à travers ECHO et l'OMS met à la disposition du PNLP des intrants pour la prise en charge des patients.

#### **d) Collaboration avec d'autres secteurs du développement (ministères des finances, de la décentralisation, de l'éducation, de l'agriculture, de la communication ....)**

Le PNLP collabore avec d'autres ministères ainsi que des communes pour la mise en œuvre de ses stratégies. Dans le cadre de la lutte anti larvaire des contrats de partenariats ont été signés avec les mairies de Maradi, Niamey, Tahoua, Zinder pour mettre en œuvre cette stratégie.

Dans le cadre des activités de sensibilisation contre le paludisme en milieu scolaire, le PNLP avec ses partenaires dont SANOFI met en œuvre en collaboration avec le ministère de l'éducation nationale un vaste programme de sensibilisation des élèves contre le paludisme.

#### **e) Contribution du secteur privé**

Malgré les efforts consentis, les ressources allouées à la lutte contre le paludisme au Niger demeurent insuffisantes par rapport aux besoins. C'est dans ce contexte qu'est intervenue la création de la coalition des entreprises du secteur privé pour la mobilisation des ressources pour la lutte contre le paludisme le Sida et la Tuberculose.

Le partenariat avec le secteur privé a été renforcé par la mise en place de mécanismes de collaboration avec les cabinets et cliniques privés pour leur participation au dépistage et à la prise en charge des cas. La pratique des TDR et de la microscopie est encouragée au niveau des prestataires du privé par une formation appropriée de ces derniers et par un approvisionnement périodique en réactifs (centres de santé de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, les hôpitaux et centres de santé confessionnels, les services de l'armée etc.....)

Dans le cadre de la mobilisation des ressources, certaines structures privées telles que TOTAL, la Fondation Orange, Oil Libya, la Fondation Guri de la 1<sup>ère</sup> Dame, compagnie de téléphonie mobile (MOOV Niger) ainsi que certaines banques de la place (ECOBANK) contribuent aux manifestations entrant dans le cadre de la célébration de la Journée Mondiale de lutte contre le Paludisme (JMP) et de la mobilisation sociale à travers la distribution de MILDA aux populations et de matériels de communication et de sensibilisation aux écoles.

#### **f) Collaboration sous régionale**

- Lutte contre les maladies tropicales en rapport avec le phénomène de l'après barrage (existence d'un plan sanitaire commun dans le cadre du barrage de Kandadji sur le Fleuve Niger) ;
- OOAS : l'organisation constitue un cadre offrant des possibilités de coopération en matière de lutte contre le paludisme notamment les financements des réseaux RAOTAP et RAOPAG; les formations en paludologie et la création des sites sentinelles ;
- CEDEAO à travers le plan d'action pour la lutte contre le paludisme dans l'espace CEDEAO notamment la lutte anti larvaire avec la contribution du Ministère de la Défense et des Affaires Etrangères ;
- UEMOA cadre adéquat d'échange en matière de santé, approvisionnement en médicaments et élaboration des textes réglementaires de détaxe ; le projet Cubain pour l'utilisation des bio larvicides ;

- le Réseau d'Afrique de l'Ouest contre le Paludisme pendant la Grossesse (RAOPAG) ; Plaidoyer, suivi de la stratégie de prévention du paludisme pendant la grossesse, renforcement des capacités des prestataires de services ;
- le Réseau II d'Afrique de l'Ouest pour la surveillance du Traitement Antipaludique (RAOTAP II) : Plaidoyer, suivi de la résistance du Plasmodium falciparum aux antipaludiques usuels, renforcement des capacités des prestataires de services;
- Roll Back Malaria (WARN) avec l'appui technique au pays pour l'élaboration des documents stratégiques, la participation aux différentes rencontres dans le cadre de la lutte contre le paludisme, cadre d'échange et de partenariat

### **g) Activités transfrontalières**

▪ **Le projet de Nouakchott** : Initiative sous régionale d'accélération de la lutte contre le paludisme dans les zones transfrontalières des huit pays (Burkina Faso, Gambie, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal et Tchad). L'objectif est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme en vue de la pré-élimination dans les zones frontalières. Les Objectifs spécifiques sont d'arrêter la transmission du paludisme et prévenir sa réintroduction dans les zones à transmission faible et sporadique et de réduire la transmission du paludisme à moins de 1 cas/1000 personnes par année dans les zones à faible transmission du pays en vue de l'élimination.

▪ Dans le cadre du projet Niger - Burkina - Mali sur financement Banque Mondiale pour la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier, la Banque mondiale prévoit pour l'année 2016 un projet régional visant à promouvoir l'action collective et la collaboration transfrontière pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions communautaires périodiques intégrées contre les principales maladies tropicales négligées (MTN), ainsi que pour la lutte contre le paludisme à travers la chimio-prévention saisonnière chez les enfants de 3 à 59 mois au Sahel. Le projet envisagé mettra l'accent sur l'efficacité et l'innovation afin de pouvoir offrir des services de santé communautaire durables aux populations les plus vulnérables et les plus mal desservies. Ce projet de la Banque mondiale contribuera pour 75 millions de dollars, et sera mis en œuvre au Burkina Faso, au Mali et au Niger.

L'opportunité de la solidarité transfrontalière entre les communautés des pays doit être mis à profit lors de l'élaboration de programmes de santé, notamment dans la mise en œuvre des activités périphériques (à travers le jumelage, les marchés ambulants, les rencontres sportives et culturelles...).

#### **2.2.2.1.3. Financement de la lutte contre le paludisme**

Plusieurs partenaires ont participé au financement des activités du plan stratégique 2011-2015. Il s'agit entre autres de l'UNICEF, OMS, Fonds Mondial, Plan Niger, MSF, UNFPA, BID, et les Coopération Bilatérales (Française, Allemande, Belge, Japonaise, Chinoise, Italienne etc..).

En 2011-2013, le taux de réalisation des activités a été faible (34%) car le taux de mobilisation de ressources financière a été seulement de 13% pour la même période. Cependant, la capacité d'absorption du financement mobilisé a été excellente (100%).

Ce faible taux de mobilisation est principalement lié à la non réalisation des activités sur financement du Fonds Mondial qui a procédé à une suspension inattendue de ses fonds au Niger.

Cette suspension a eu entre autre comme conséquences, le retard dans le paiement des salaires, la suspension de certains agents, la rupture des intrants, la non réalisation de plusieurs formations ayant entraîné un dysfonctionnement dans la gestion programme et des difficultés dans l'atteinte de certains objectifs.

Cependant, en 2012 suite à la suspension inattendue des subventions du Fonds Mondial (R5 et R7), un plaidoyer à l'Assemblée Nationale a permis l'inscription d'une ligne budgétaire d'un montant de 1 220 312 Euros pour l'acquisition de certains intrants, notamment les ACT, TDR, les moustiquaires et les insecticides. Il faut noter que ce montant est passé à plus de 1 500 000 Euros en 2013.

Dans le cadre du financement de la lutte contre le paludisme, tous les ans le PNLN se lance dans une campagne de mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme. Ainsi, une table ronde avec le secteur privé a été organisée en 2012 et un plaidoyer de haut niveau est fait tous les ans auprès du Gouvernement et du Parlement. De même, le PNLN a bénéficié de financements du FM (R5, R7, TFM, NFM, ...) et les contributions des partenaires ont augmenté au cours en 2011-2013 (UNICEF, OMS, SANOFI, SD BIOLINE, TOTAL, compagnie de téléphonie cellulaire, les banques ect .....), soit un montant global mobilisé en 2011-2013 de 3 874 320 Euros.

**Tableau 9 : Etat des financements du Plan stratégique PNLN en 2011-2013 (Euro)**

ETAT BUDGET	ANNEE	2011 (Euros)	2012 (Euros)	2013 (Euros)
Montants planifiés		1 292 577	1 322 652	24 416 483
Montants mobilisés		781 043	756 530	2 336 747
Taux de mobilisation		60%	57%	10%
Montants dépensés		701 478	581 214	2 336 747
Taux d'absorption		90%	77%	100%

L'amélioration de la mobilisation des ressources au décours des 3 années de mise en œuvre du plan stratégique (taux moyen de mobilisation de 14%) avec un taux d'absorption acceptable (taux moyen d'absorption de 93%).

De manière générale, la mise en œuvre du plan stratégique en 2011-2013 a bénéficié d'un financement satisfaisant grâce, d'une part à l'accès du Niger au NFM et d'autre part à l'appui des partenaires traditionnels du PNLN comme l'OMS, l'UNICEF, SANOFI, ...etc.

Le tableau 10 ci-dessous présente un résumé des principales sources de financements du Programme en 2011-2013.



**Tableau 10 : Financements de la lutte contre le paludisme de 2011 à 2013**

Année	2011	2012	2013	TOTAL
Sources de financement	(Euro)	(Euro)	(Euro)	(Euro)
Etat	137 008	1 344 868	6 116 410	6 377 974
Fonds Mondial	665 892	172 192	4 965 802	5 803 886
OMS	3 811	40 290	155 498	199 599
UNICEF	464 970	622 389	926 890	2 014 249
FC	22 867	45 735	36 588	105 190
<b>TOTAL</b>	<b>1 294 548</b>	<b>2 225 474</b>	<b>12 201 188</b>	<b>14 500 898</b>

Au cours de la période 2011-2013, l'Etat et les partenaires du PNLP ont eu à financer différentes interventions de lutte contre le paludisme selon l'avantage comparatif des uns et des autres (Voir tableau 11 ci-dessous).

**Tableau 11 : Appui des partenaires par type de stratégie de lutte 2011-2013**

Etat/ Partenaires	ETAT	OMS	UNICEF	FM	UEMOA	SANOFI	OOAS	RBM	BM	Secteur privé
<b>Stratégie de lutte</b>										
MILDA	++	++	++	++++	-	-	-	-	++	+
PID	+	-	-	-	-	-	-	-	++	-
LAL	+	-	-	-	+	-	-	-	++	-
TPI	+	+	++	-	-	-	-	-	+	+
Diagnostic biologique du paludisme ( <b>TDR</b> )	++	+++	+++	+++	-	-	-	-	-	+
Diagnostic biologique du paludisme ( <b>Microscopie</b> )	+++	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Traitement antipaludique ( <b>ACT</b> )	+++	++	+++	++++	-	-	-	-	-	+
Traitement antipaludique ( <b>Quinine injectable</b> )	+++	++	++	-	-	-	-	-	-	-
Traitement antipaludique ( <b>Artésunate injectable</b> )	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PECADOM/ ICCM	+	+++	+++	-	-	++	-	++	-	-
Lutte contre les épidémies de paludisme	+	+	++	-	-	-	-	-	-	-
Plaidoyer, CCC et Mobilisation sociale	++	+	++	+++	-	++	-	++	-	-
Suivi/Evaluation & Recherche opérationnelle	++	++	+	+++	+	+	+	+	-	-
Capacité Institutionnelle et Gestion PNLP	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GAS	+++	++	++	++	-	++	-	-	-	-
Assistance Technique	+	+++	+++	-	-	-	-	++++	-	-
CPS	+	+	++	-	-	-	-	-	-	-

**Légende:** (+)= appui moyen ; (++)= Appui important; (+++)= Appui très important.

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la revue à mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le paludisme en 2013 relève les principaux points suivants ;

➤ **Forces :**

- Evolution positive de la mobilisation de ressources propres par l'Etat (Budget National) ;
- Partenariat RBM fonctionnel (forte implication du secteur privé) ;
- Tenue des Réunions de coordination ;
- Disponibilité des documents normatifs ;
- Décentralisation de la lutte contre le paludisme ;
- Une bonne collaboration avec certains programmes et directions.

➤ **Faiblesses :**

- Insuffisance dans le renforcement des capacités du personnel sur la lutte contre le paludisme à tous les niveaux ;
- Insuffisance de suivi post formations ;
- Insuffisance dans la coordination des activités ;
- Insuffisance de supervision des activités du programme ;
- Réalisation d'activités non programmées dans le plan stratégique (surcharge de travail);
- Ressources mobilisées par l'Etat et les partenaires encore insuffisantes;
- Absence d'un plan de gestion d'achat et stock des intrants du programme ;
- Manque d'un cadre législatif ;
- Insuffisance de personnel en quantité et en qualité ;
- Insuffisance et vétusté des moyens roulants du programme (véhicules, motos).

#### **2.2.2.2. Lutte contre les vecteurs du paludisme**

La mise en œuvre de la lutte anti vectorielle au Niger s'est faite conformément aux directives techniques issues de la politique nationale de lutte contre le paludisme.

Au PNLP, il existe une unité d'entomologie dirigée par une entomologiste appuyée par 6 assistants. L'unité entomologique fait recours à d'autres institutions (CERMES, UAM, MRTC, CREC) dans le cadre de la mise en œuvre des activités prévues dans les plans d'actions annuels, principalement lors des études sur la surveillance des vecteurs et la surveillance de la résistance aux insecticides.

En plus de cela, le PNLP collabore depuis 2010 avec le MRTC du Mali en vue de renforcer les compétences de ses agents en entomologie. Toutefois, la situation des compétences et de moyens pour la lutte anti vectorielle demeure encore très insuffisante au Niger.

A l'heure actuelle, la LAV est axée sur l'intensification du marketing social. Toutefois, le plan de politique de gestion intégrée des vecteurs élaboré en 2008 n'a pas été mis à jour.

La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides, la pulvérisation intra domiciliaire, la lutte anti larvaire et l'assainissement du milieu sont les principales stratégies de lutte contre les vecteurs du paludisme au Niger.

Les insecticides utilisés au Niger sont ceux recommandés par l’OMS (approbation WHOPES). Aussi, il existe un plan national de gestion des pesticides 2008-2013. Les insecticides couramment utilisés sont des pyréthrinoïdes:

- Etofenprox 10% EC et la Deltaméthrine WT 25% : pour l’imprégnation des moustiquaires ;
- Etofenprox 10% WP, la Lamdacyhalothrine (Icon 10 SC): pour la PID.

Mais compte tenu de la résistance des vecteurs aux pyréthrinoïdes détectée en 2013, le PNLN compte utiliser désormais les organophosphorés ou les carbamates pour la PID conformément aux recommandations de l’OMS.

Les différents insecticides disponibles au Niger sont sous forme de liquide, de tablettes et de poudre. Les produits chimiques pour la LAV sont ceux qui sont officiellement recommandés par l’OMS. Les pulvérisateurs utilisés sont de type manuel ou à pression.

#### a) Utilisation des MILDA

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme encourage l’importation et les ventes de MILDA par d’autres canaux tels que le commerce général et les officines pharmaceutiques. Les démarches pour la levée des taxes et droits de douanes sur ce produit ont été appliqués en 2011-2013 pour faciliter la mise en œuvre de cette stratégie. Le système de recouvrement partiel des coûts sur les MILDA est appliqué sauf pour les cas exceptionnels en rapport avec la gratuité chez les groupes vulnérables (femmes enceintes, enfants < 1an).

La distribution de routine était prévue en 2011-2013 au niveau des 42 districts sanitaires du Niger et devrait cibler les femmes enceintes et les enfants de moins d’un an. Cependant, celle qui concerne les enfants de moins d’un an pour la période de 2011 à 2013 n’a pas été réalisée, suite à une modification de la cible.

Le taux d’acquisition des MILDA pour les femmes enceintes en 2011-2013 au regard de l’acquisition est de 83,3% (1 582 500 / 1 894 983). Cependant, du fait de la non disponibilité des données sur la distribution des MILDA qui n’ont pas remonté du niveau opérationnel au cours des 3 années de mise en œuvre du plan stratégique, il a été difficile de se prononcer sur l’atteinte effective de la cible. Toutefois, plusieurs dispositions sont en cours au niveau du pays pour la mobilisation des ressources en vue d’une couverture universelle des MILDA.

**Tableau 12 : Distribution des MILDA 2011-2013**

Stratégie	Année	2011	2012	2013	TOTAL
MILDA prévues pour les femmes enceintes		610 301	630 441	654 241	1 894 983
MILDA acquises pour la routine chez les femmes enceintes		516 550	656 550	409 400	1 582 500
Taux d’acquisition des MILDA pour les femmes enceintes		84,6%	104,1%	62,57%	83,3%

Source : PNLN 2013

Du fait de l'absence de la campagne de distribution de masse en 2013 et de l'insuffisance de la distribution de routine dans les formations sanitaires, le taux de possession en MILDA dans les ménages a régressé de 76,3% en 2010 à 60,2% en 2012. Pendant ce temps, le taux d'utilisation chez les enfants de moins de 5 ans a chuté de 63,70% en 2010 à 23,9% en 2012 et chez les femmes enceintes de 71,5% en 2010 à 29,4% en 2012. Ce faible taux d'utilisation peut s'expliquer entre autres par le fait que ladite enquête s'est déroulée pendant la période de faible transmission de paludisme.

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la revue à mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le paludisme en 2013 relève les principaux points suivants ;

➤ **Forces :**

- Existence d'une stratégie nationale sur la prévention du paludisme ;
- Acquisition et distribution en routine de 1 582 500 MILDA pour les femmes enceintes ;
- Existence d'une exonération douanière pour l'importation des MILDA ;
- Disponibilité des directives techniques (en cours de finalisation).

➤ **Faiblesses :**

- Absence de distribution de MILDA chez les enfants de moins d'un an ;
- Non maîtrise des quantités de MILDA distribuées en routine dans les districts (problème de remontée de l'information et de coordination avec différents partenaires) ;
- Faible taux de possession des MILDA dans les ménages EDSN 2012;
- Faible taux d'utilisation des MILDA 23,9% chez les enfants de moins de 5 ans et 29,4 % chez les femmes enceintes ;
- Insuffisance de financements mobilisés pour les MILDA.

## **b) Pulvérisation Intra Domiciliaire**

La pulvérisation intra domiciliaire est encore très peu développée. Au cours de la période 2011-2013 très peu d'activités ont été mises en œuvre. Le manque de financement explique en grande partie cette faible performance du programme dans ce domaine. Cependant, le système de santé dispose d'équipements nécessaires pour la PID acquis dans le cadre du Booster Program de la Banque Mondiale en 2010. Les difficultés de réalisation de la PID se situent au niveau du non-respect de la mise en œuvre de la stratégie au niveau national, de la non disponibilité des insecticides, de l'absence de cartographie des ménages et de l'insuffisance de la formation du personnel.

La réalisation des activités de la PID a permis d'acquérir 20 000 sachets d'ICON 10% SC et la mise en place dans les huit (8) régions. Selon l'EDSN 2012, le taux de couverture en PID dans les ménages était de 0,5% en 2012.

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la revue à mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le paludisme en 2013 relève les principaux points suivants :

➤ **Forces :**

- Existence d'un document de politique et de directives de prévention du paludisme incluant la PID ;
- Existence d'un plan de gestion des pesticides qui doit être mis à jour ;
- Existence d'un comité de gestion de résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides ;
- Existence d'un draft d'un plan national de lutte anti vectorielle (en cours de validation) ;
- Réalisation d'études de suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides ;
- Acquisition de 20 000 sachets d'ICON 10% SC ;
- Disponibilité de matériels de protection et de pulvérisateurs pour la mise en œuvre de la PID au niveau de tous les districts sanitaires.

➤ **Faiblesses :**

- Absence d'un plan de gestion de la résistance aux insecticides ;
- Insuffisance de ressources humaines compétentes pour l'application de la PID à tous les niveaux ;
- Absence de directives nationales spécifiques aux modalités de mise en œuvre de la PID ;
- Absence de cartographie récente sur les vecteurs ;
- Insuffisance de financement accordé à la PID.

### c) **Lutte Anti Larvaire**

Comme pour la PID, la lutte anti larvaire est encore très peu développée. Entre 2011-2013, il y a eu l'organisation des campagnes de traitement des gîtes larvaires dans les 42 districts sanitaires, avec des larvicides (30 000 Kg d'insecticides) acquis en 2010 sur financement de la Banque Mondiale.

Cependant l'absence de données par rapport au nombre de gîtes larvaires traités au niveau national ne permet pas de renseigner la couverture de cette stratégie.

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la revue à mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le Paludisme en 2013 relève les principaux points suivants ;

➤ **Forces**

- Existence d'un document de politique de prévention et de traitement du paludisme incluant la lutte anti larvaire ;
- Mise à la disposition des huit régions des larvicides en 2011 et en 2013 ;
- Mise en œuvre des campagnes de traitement chimique des gîtes larvaires en 2011, 2012 et 2013 dans les huit régions du pays.

➤ **Faiblesses**

- Insuffisance des ressources humaines compétentes dans le domaine de la LAL ;
- Insuffisance du suivi des activités de la lutte anti larvaire ;
- Absence de cartographie actualisée des gîtes larvaires ;
- Faible importance accordée au financement de la LAV.

### 2.2.2.3. Prévention du paludisme chez les femmes enceintes

Dans le PSN 2011-2015, il était prévu de pourvoir toutes les femmes enceintes vues en CPN dans les formations sanitaires d'au moins 2 doses de TPI.

Entre 2011-2013, l'utilisation du TPI en routine se présente comme suit :

**Tableau 13 : Utilisation du TPI chez les femmes enceintes vues en CPN**

Année	2011	2012	2013
Taux de couverture en CPN	104,01%	89,30%	142,69%
TPI2	86,26%	72,18%	49,30%

La mise en œuvre de ces activités a permis de faire passer le taux de couverture en TPI2 de 70% en 2010 à 86,26% en 2011 pour fléchir à 72,18% en 2012 (Annuaire Statistique).

Cette contre-performance de 2012 par rapport à 2011 est due entre autre à une rupture de la sulfadoxine-pyriméthamine dans le pays et une baisse de couverture de la CPN qui a passé de 104,01% en 2011 à 89,30% en 2012 (Annuaire statistique 2012). En fin 2013, le pays était toujours en rupture de la sulfadoxine-pyriméthamine. Les conséquences de ces insuffisances se sont traduites par une augmentation du nombre de cas de paludisme enregistrés chez les femmes enceintes (85 342 cas en 2011 ; 99 235 cas en 2012 et 106 238 cas en 2013).

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la revue à mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le paludisme en 2013 relève les principaux points suivants :

➤ **Forces :**

- Existence de politique et directives de prévention du paludisme chez la femme enceinte ;
- Appui des partenaires ;
- Bonne couverture en CPN bien que fluctuante ;
- Développement des activités d'IEC/CCC lors des CPN.

➤ **Faiblesses :**

- Faible taux de couverture sanitaire (47,70% selon l'aide-mémoire 2013) ;
- Faible taux de TPI2 (49,3% en 2013 selon l'annuaire statistique) par rapport à un objectif de 90% ;
- Insuffisance de ressources (personnel, logistique, financier) pour mener à bien les activités foraines ;
- Insuffisance de collaboration avec les structures privées de santé dans la mise en œuvre du TPI ;
- Ruptures fréquentes de stocks SP.

#### **2.2.2.4. Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier**

Conformément aux recommandations de l'OMS de 2012, la chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) a été introduite dans la politique nationale de lutte contre le paludisme en mai 2013. Il est prévu que la CPS se déroule sous la forme d'une campagne de masse qui consiste en l'administration de doses curatives de sulfadoxine-pyriméthamine et d'amodiaquine durant trois jours, à 4 semaines d'intervalle lors de la période de haute transmission de paludisme, aux enfants de 3 à 59 mois.

Pour la mise en œuvre de cette intervention, des directives et des manuels ont été élaborés, des formations réalisées et des médicaments mis à la disposition des agents responsables de la distribution du traitement au niveau communautaire.

En 2013, la CPS a été mise en œuvre sous la forme pilote dans 5 districts sanitaires (Magaria, Madaraounfa, Guidam Roumdji, Madaoua et Bouza) en appui avec les différentes sections Médecins Sans Frontières Suisse, France, Belgique et Espagne. En moyenne 218 995 enfants ont reçus la CPS lors des 4 passages. En outre, cette activité a permis, à part son caractère préventive, de détecter précocément les cas de paludisme qui ont ensuite reçu un traitement par CTA aux niveaux des formations sanitaires. Le dépistage de la malnutrition aigüe a été également intégré lors de la campagne.

Les résultats des enquêtes d'EPICENTRE ont montré que le taux de couverture était de plus de 85% dans les 5 DS et lors des 4 passages CPS ce qui est très satisfaisant par rapport à l'objectif fixé de 80%. Ceci est principalement lié à une forte mobilisation sociale, à une bonne adhésion à la CPS et à une perception positive de la CPS par les communautés, notamment en milieu rural. On constate cependant quelques problèmes d'adhésion dans les zones urbaines.

Les mêmes enquêtes ont mis en évidence un taux d'observance de plus de 98% du traitement des trois jours. Cependant, des mauvaises pratiques d'administration des médicaments à domicile ont pu être observés, posant notamment le problème d'hygiène ou une prise incomplète de la dose prescrite.

Par ailleurs, les effets indésirables notifiés sont restés faibles tout au long des 4 passages. Néanmoins, la détection, la prise en charge et le suivi des effets indésirables se sont avérés comme étant principaux points faibles de l'activité CPS. Cela s'explique notamment par l'insuffisance dans le fonctionnement du système de pharmacovigilance au Niger.

En 2014, avec l'appui d'autres partenaires (Befen/ALIMA, Save the children, ACH et UNICEF), la CPS a été étendue à 3 nouveaux DS (Mayahi, Mirriah, Matamaye) avec une population cible de plus de 500 000 enfants.

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la revue à mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le paludisme en 2013 relève les principaux points suivants :

➤ **Forces :**

- Forte mobilisation sociale et implication des leaders communautaires à tous les niveaux ;
- Bonne adhésion et la perception de la stratégie CPS ;
- Bon taux de couverture de la CPS dans les zones concernées ;
- Dépistage active et prise en charge des cas de paludisme lors de la campagne ;
- Intégration du dépistage systématique de la malnutrition aigue.

➤ **Faiblesses :**

- Détection, prise en charge et suivi des effets indésirables ;
- Faible taux de fréquentation dans les zones urbaines ;
- Disponibilité des ressources pour la mise en œuvre en grande échelle ;
- Pratiques d'administration des médicaments à domicile.

### **2.2.2.5. Prise en charge des cas de paludisme**

La prise en charge des cas de paludisme simple et grave demeure une composante essentielle des stratégies de lutte contre le paludisme par l'utilisation des antipaludéens efficaces à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et au niveau communautaire.

Le PNLP dispose d'une unité de prise en charge et d'un document de directives nationales pour le diagnostic et le traitement du paludisme.

#### **a) Prise en charge dans les formations sanitaires**

Au cours de la période 2011-2015, le taux d'acquisition des TDR a été très faible (28 %), ce qui a eu une implication sur la couverture du diagnostic du paludisme. En dépit de cette insuffisance de couverture en TDR, par rapport aux besoins planifiés, le taux de confirmation a évolué de 60 % en 2011 à 65 % en 2013. Aussi, les capacités des prestataires de services ont été renforcées pour une meilleure application des directives sur le diagnostic du paludisme.

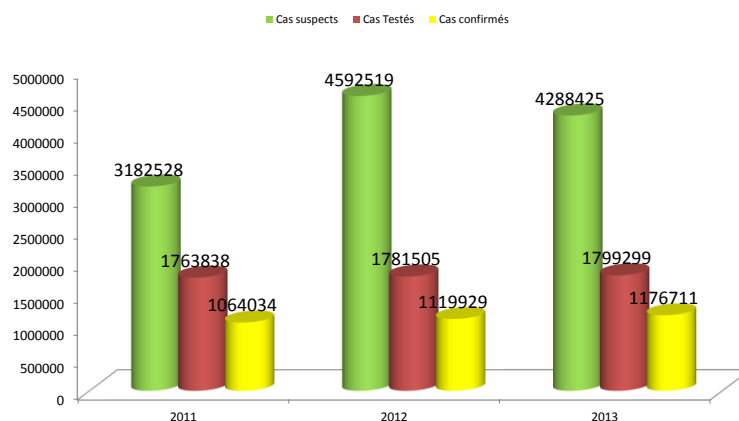
Pour la prise en charge des cas de paludisme simple, les ACT sont utilisés pour tous les patients, sauf chez les femmes enceintes au cours du 1<sup>er</sup> trimestre où le traitement se fait avec la quinine en comprimé et les ACT au cours du 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre. Les monothérapies à base d'Artémisinine par voie orale a demeuré proscrite.

Les besoins planifiés en ACT pour 2011-2013 ont été dépassés (118% des besoins couverts), ce qui pourrait être dû au stock important acquis auprès de divers partenaires dans le cadre des dons de médicaments destinés à la gestion des urgences.

Devant les insuffisances de confirmation diagnostique de tous les cas, l'approvisionnement direct des formations sanitaires en antipaludiques par certains partenaires et l'insuffisance dans le partage de l'information entre toutes les parties prenantes, la coordination du PNLP continue de rencontrer d'énormes difficultés dans la documentation des consommations effectives en ACT.



## Evolution des indicateurs de prise en charge des cas



### Graphique III : Evolution des cas présumés, des cas testés et confirmés de paludisme au Niger

Pour la prise en charge des cas de paludisme grave, la révision des protocoles thérapeutiques réalisée en 2013 a introduit l'utilisation des dérivés à base d'Artémisinine par voie parentérale en première intention; mais en cas de non disponibilité de dérivées d'Artémisinine, les sels de quinine en perfusion sont utilisés en seconde intention.

Tout cas de paludisme grave confirmé chez la femme enceinte doit recevoir un traitement antipaludique avec la quinine par voie parentérale au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse, et les dérivés de l'Artémisinine par voie parentérale à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre.

Seules les formations sanitaires publiques ont bénéficiées d'acquisition de quinine injectable, Artémether injectable et de sérum glucosé.

**Tableau 14 : Indicateurs de PEC**

Indicateur	2011	2012	2013
<b>Cas présumés total</b>	<b>3 182 528</b>	<b>4 592 519</b>	<b>4 288 425</b>
<b>Cas testés</b>	1 763 838	1 781 505	1 799 299
<b>% Cas testés (Taux de réalisation des TDR)</b>	<b>55%</b>	<b>39%</b>	<b>42%</b>
<b>Cas positifs</b>	1 064 034	1 119 929	1 176 711
<b>% Cas positifs (Taux Positivité des Tests)</b>	<b>60%</b>	<b>63%</b>	<b>65%</b>
<b>Cas traités aux ACT</b>	1 374 853	2 865 397	2 976 010
<b>% des cas traités aux ACT</b>	<b>129%</b>	<b>256%</b>	<b>253%</b>

### b) Prise en charge dans la communauté

La mise en œuvre de la prise en charge au niveau communautaire a démarré au Niger en 2012. La stratégie est en phase pilote dans le seul district de Madarounfa. A cet effet 200 relais communautaires ont été formés dans 100 villages repartis dans l'aire de santé de 10 CSI. Cette stratégie consiste à la prise en charge des cas de paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans après la confirmation par TDR.

De 2012 à 2013, plus de 22 646 enfants ont été pris en charge dont 1 449 ont été référés soit 94% de la cible.

La mise à l'échelle dans le département de Madarounfa a été planifiée en 2014 et concernera 545 villages avec comme cible 100 889 enfants de moins de 5 ans.

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la revue à mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le paludisme en 2013 relève les principaux points suivants ;

➤ **Forces :**

- Existence de directives sur le diagnostic et le traitement du paludisme ;
- Gratuité des soins pour les enfants de 0-5ans ;
- Démarrage des activités de la PECADOM ;
- Existence d'un manuel du RCom.

➤ **Faiblesses :**

- Insuffisance des acquisitions en TDR par rapport aux besoins réels ;
- Faible taux d'utilisation des TDR ;
- Insuffisance dans la mise en place des intrants antipaludiques au niveau opérationnel ;
- Insuffisance dans le suivi post formation ;
- Absence d'un répertoire des agents formés sur le paludisme (base de données) ;
- Non-respect des directives de prise en charge de paludisme par certains agents de santé ;
- Non harmonisation des méthodes de quantification au cours des années ;
- Insuffisance dans la confirmation des cas par diagnostic parasitologique ;
- Absence de plan d'assurance qualité et de contrôle de qualité dans les CHR ;
- Existence de circuits parallèles d'approvisionnement direct des structures en intrants antipaludiques provoquant des problèmes de gestion fréquents ;
- Non motivation des relais communautaires ;
- Insuffisance dans la supervision des RCom.

#### **2.2.2.5. Préparation, détection et riposte aux épidémies de paludisme**

Le Niger fait partie des pays du Sahel qui sont à risque d'épidémie de paludisme. En effet ce risque concerne la 2<sup>ème</sup> strate épidémiologique soit la zone méso endémique. Dans le cadre du suivi global des maladies épidémiques, chaque district a un comité de lutte contre les épidémies.

Le PNLN dispose depuis 2010 d'un plan de gestion des épidémies non à jour. C'est la mise en œuvre de ce plan qui a permis de mettre en place progressivement un système de surveillance continue basé sur des seuils épidémiques au niveau de sites sentinelles en collaboration avec certaines institutions de référence notamment ACMAD, AGRYMET et CERMES. Ainsi, il

également conçu et mis en place dans les DS un logiciel dont la mise à jour hebdomadaire permet une détection précoce des épidémies à travers le seuil épidémique du paludisme dans la localité du site de surveillance. D'autre part, différentes formations du personnel sur les directives de prévention, de prise en charge et de surveillance du paludisme ont été organisées ainsi qu'un équipement en matériel informatique dans le cadre du renforcement des capacités des différents acteurs.

Le PNLP procède également à un suivi périodique des interventions et une évaluation de leur impact dans ces trois sites sentinelles. Ainsi, il existe un mécanisme de large diffusion de l'information d'une part entre le PNLP et ses partenaires et d'autre part en direction des acteurs du terrain en terme de retro information. Le Ministère de la Santé a mis en place un comité de gestion des épidémies qui regroupe tous les partenaires et se réunis régulièrement. Des actions sont entreprises ne cas d'épidémies déclarées dans les régions à savoir la distribution de MILDA , des TDR , des ACT et des kits pour la prise en charge des cas graves.

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la revue à mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le paludisme en 2013 relève les principaux points suivants ;

➤ **Forces :**

- Disponibilité d'un plan de gestion des épidémies ;
- Existence d'un cadre de gestion des épidémies au MSP regroupant tous les partenaires ;
- Disponibilité d'un stock d'intrants pour la gestion des épidémies.

➤ **Faiblesses :**

- Faible ressources allouées à la gestion des épidémies ;
- Seuil épidémique basé sur les cas présumés et non réactualisé ;
- Difficulté de coordination avec les services métrologiques pour une corrélation des données ;
- Strates épidémiologiques non actualisés (dernière situation en 1976).

#### **2.2.2.6. Gestion des approvisionnements et des stocks pour les intrants antipaludiques**

L'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) est la structure qui constitue le cadre de concertation des acteurs impliqués dans l'approvisionnement et la gestion des médicaments anti paludique. Cela permet une gestion adéquate des stocks de médicaments au niveau de la majorité des formations sanitaires avec une possibilité de contrôle de qualité des produits pharmaceutiques et matériels techniques.

Cependant, il n'existe pas de plan GAS national prenant en compte les intrants des prestations des services de santé et l'apport des partenaires.

L'ONPCC est chargé de l'approvisionnement, du stockage et de la distribution des produits antipaludiques au niveau national. Il dispose d'une capacité de stockage couvrant tout le territoire national avec trois dépôts de zone (Niamey, Tahoua et Zinder) et un réseau des 44 pharmacies populaires.

Pour accomplir ses missions, notamment la prise en charge correcte et efficace des cas de paludisme, le PNLP doit s'approvisionner en biens et services. La politique de gratuité des soins antipaludiques appliquée au Niger occupe une place de choix dans l'acquisition des médicaments de lutte contre le paludisme au niveau national. Chaque année, plusieurs milliards sont injectés dans l'achat des médicaments par l'Etat du Niger et ses partenaires au profit du PNLP.

L'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) constitue à la fois l'entrepôt et la plateforme d'éclatement des stocks de médicaments pour ravitailler les différentes formations sanitaires.

Les sources d'approvisionnement du Niger en produits de lutte contre le paludisme sont multiples mais les principales sont l'Etat, le Fonds mondial, l'Unicef, l'OMS la coopération chinoise, la Coopération japonaise et les fonds du recouvrement des coûts. Toutefois, il faut noter qu'il existe des insuffisances dans le mécanisme de contrôle et de coordination de ces approvisionnements.

Les principaux intrants pour la lutte contre le paludisme sont :

- Les médicaments antipaludiques (*ACT*, *SP*, sels de quinine, artémisinine injectable, artésunate en suppositoire) ;
- les Tests de Diagnostic Rapide (TDR) ;
- Les consommables pour le traitement spécifique et symptomatique du paludisme ;
- Les moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée d'action (MILDA) ;
- Les insecticides et le matériel/équipement.

Les produits fournis par le recouvrement des coûts sont les sels de quinines et les consommables. L'Etat du Niger et ses partenaires disposent d'un manuel de procédures d'acquisition de biens et services qui définissent les principes de transparence, de libre concurrence, d'égalité de conditions de conformité aux normes nationales et internationales et de spécifications techniques sans suggestion de marque.

La quantification des besoins en médicaments antipaludiques est assurée par l'unité de coordination du programme en tenant compte de la morbidité recueillie au niveau des formations sanitaires. Cette estimation des besoins est soumise à l'approbation des partenaires lors des réunions de coordination Roll Back Malaria.

Pour assurer la disponibilité permanente des antipaludiques au Niger, le Gouvernement a signé des accords de base avec les partenaires comme le PNUD (dans le cadre du Fond mondial), l'UNICEF, la coopération chinoise, la coopération japonaise..., spécifiant les avantages qui lui sont concédés dans le cadre des acquisitions des biens et services au profit des projets et programmes.

La politique de traitement du paludisme telle que formulée actuellement exige une amélioration du système de gestion des approvisionnements et des stocks (GAS). La gestion des achats est conforme aux règles, procédures et directives édictées par le gouvernement nigérien et ses partenaires en matière d'acquisition et d'achats. Ainsi, les achats sont effectués en collaboration étroite avec le PNLP, le MSP à travers la DPHL/MT et le partenaire.

Les marchés sont attribués après approbation, et des bons de commande sont émis au bénéfice des fournisseurs retenus avec toutes les indications réglementaires habituelles. Le partenaire est le plus

souvent désigné comme entité signataire et à ce titre, responsable du suivi de l'exécution du Contrat.

D'une manière générale, les appels d'offres sont lancés par le partenaire et ouverts aux postulants Nationaux et internationaux. Les sélections sont faites selon les normes définies par les procédures et en conformité avec les directives.

La DPHL/MT veille au respect de la réglementation en matière d'introduction de produits pharmaceutiques en vigueur au Niger et à cet effet, s'assure de l'utilisation de formats normalisés, principalement dans le cadre des appels d'offres nationaux et internationaux.

Les directives pour les achats sont celles énoncées dans le système d'achat ci-dessus. Cependant il faut préciser que dans le cadre de l'appui du budget de l'état, le PNLN exprime ses besoins au ministère de la santé(MSP) qui procède aux achats en fonction des disponibilités et du montant prévu à cet effet.

Tout produit pharmaceutique ne peut être introduit sur le territoire national sans être enregistré au niveau de la DPHL/MT, y compris les antipaludiques et les insecticides pour la lutte contre les vecteurs du paludisme.

En effet, de la détermination du schéma thérapeutique au choix des médicaments et des insecticides, la DPHL/MT joue un rôle central dans les commandes exécutées par les partenaires. Pour les achats sur le budget de l'état, c'est le MSP et le ministère des finances qui procèdent à l'enregistrement et à la livraison au PNLN.

Les caractéristiques et le choix des molécules sont spécifiés dans le document de politique nationale de lutte contre le paludisme au Niger et le document de politique pharmaceutique nationale. Il existe une liste de médicaments essentiels au Niger incluant les antipaludiques et autres intrants pour le paludisme (TDR, MILDA, ...). La mise en œuvre des protocoles thérapeutiques est régulièrement surveillée et réorientée en fonction des résultats de l'efficacité des médicaments, l'innocuité et la qualité des médicaments.

Pour sélectionner le matériel de diagnostic (microscopes, TDR, réactifs, lames), le PNLN suit les conseils techniques des partenaires comme l'OMS et les techniciens de laboratoire. L'évaluation de ces produits est basée sur les lignes directrices et les normes de l'OMS, et les résultats des différents essais sur le terrain.

Le choix des moustiquaires imprégnées est généralement basé sur les directives de l'OMS. Celles retenues actuellement sont les moustiquaires à longue durée d'action (MILDA).

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la revue à mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le paludisme en 2013 relève les principaux points suivants :

- Insuffisance de coordination de la gestion des médicaments entre le niveau central (le PNLN, l'ONPPC, la DPHL/MT) et le niveau régional, ce qui explique les ruptures de médicaments constatées au niveau des formations sanitaires ;
- Absence d'un plan GAS global tenant compte de tous les partenaires ;
- Insuffisance de personnel logisticien au PNLN.

### 2.2.2.7. Plaidoyer, Communication & Mobilisation sociale

Les stratégies de plaidoyer, d'IEC et de mobilisation sociale sont transversales et contribuent à l'atteinte des objectifs du plan stratégique national 2011-2015.

Les principales activités réalisées en 2011-2013 ont concerné la commémoration de la journée mondiale de lutte contre le paludisme, l'organisation de la semaine nationale de mobilisation sociale contre le paludisme, la diffusion des messages sur le paludisme dans les radios communautaires, la diffusion des messages de lutte contre le paludisme dans les médias nationaux radios et TV), la production et la multiplication des supports de mobilisation sociale et la formation des jeunes et des groupements féminins en communication inter personnelle. Par ailleurs, un plan de communication et un partenariat avec les ONG nationales et les radios communautaires ont été développés pour servir de cadre d'intervention pour un changement de comportement favorable à la lutte contre le paludisme dans le pays.

Pour renforcer la communication avec les acteurs de la réponse à la maladie, le PNLP dispose d'un site WEB et d'un journal trimestriel dénommé "*Anophèle*" pour la diffusion des informations sur le paludisme. Il existe une salle de documentation qui n'est pas fonctionnelle.

Il faut noter qu'au cours des trois années de mise en œuvre du PSN 2011 – 2015, certains DPS n'ont connu aucune exécution par manque de financement. En 2011-2013, les réalisations ont été jugées faibles du fait principalement des insuffisances de mobilisation de ressources financières. Ainsi, en 2011 à 2013, il a été diffusé 85 516 spots radio télévisés et 2 445 732 personnes ont été touchées par les séances de sensibilisation au niveau communautaire. Par ailleurs, le programme a réalisé deux événements importants que sont les championnats inter villages pour la lutte contre le paludisme organisé dans la région de Dosso et le lancement de l'AMFm qui a introduit les ACTm à moindre cout.

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la revue à mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le paludisme en 2013 relève les principaux points suivants :

➤ **Forces :**

- Disponibilité d'un Plan Intégré de Communication ;
- Partenariat avec les ONG nationales et les radios communautaires ;
- Diffusion régulière d'un journal trimestriel d'information ;
- Existence d'un site WEB.

➤ **Faiblesses :**

- Insuffisance dans l'archivage des documents au niveau de l'unité IEC ;
- insuffisance d'équipements IEC ;
- Insuffisance de l'implication du secteur privé dans les interventions de communication et de mobilisation sociale ;
- Insuffisance dans le renforcement des capacités des agents en matière d'IEC/CCC,
- Insuffisances de supports d'IEC/CCC au niveau communautaire (livrets, affiches, panneaux) ;

- Insuffisance dans l'organisation et le financement des activités de la journée mondiale et de la semaine nationale de lutte contre le paludisme à tous les niveaux ;
- Non programmation d'une enquête CAP sur les interventions de lutte contre le paludisme ;
- Non validation du plan de communication ;
- Salle de documentation non fonctionnelle.

#### **2.2.2.8. Surveillance, Suivi/Evaluation et Recherche opérationnelle**

Au point de vue suivi et évaluation, il est à noter que le programme dispose d'un plan de suivi évaluation avec des outils et un guide de supervision.

Pour le suivi et évaluation, le programme s'est doté d'un cadre de performance dans lequel figurent les indicateurs d'impact, d'effets et de produits ainsi que leurs cibles à atteindre. En tout, 28 d'indicateurs sont utilisés pour le suivi des progrès du programme au cours de la mise en œuvre du PSN 2011-2015. En dehors du guide, le programme dispose d'organes de suivi et évaluation qui ont tenu des réunions de coordination et de concertation avec les partenaires techniques et financiers engagés dans la lutte contre le paludisme dans le pays. En plus, il importe de noter qu'une revue à mi-parcours du plan stratégique avait été réalisée.

Le PNLP dispose d'outils de collecte et d'analyse de routine dans le cadre du SNIS et/ou spécifiques au PNLP. En outre, le programme dispose de 3 sites sentinelles pour la surveillance et le suivi de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques ainsi que la résistance des vecteurs aux insecticides. Ainsi, le taux de complétude des rapports a été en 2013 de 89,50% et la promptitude de 100%.

Les supervisions des activités se sont faites de façon trimestrielle du niveau central vers les régions, du niveau régional vers les districts et les CSI, et mensuelle du CSI vers les cases de santé.

De 2011 à 2013, les principales réalisations ont concerné :

- Les réunions de coordination : avec un taux de réalisation de 66,66% ;
- les sorties de supervisions du niveau central : avec un taux de réalisation de 83,33% ;
- la surveillance hebdomadaire : avec 100% de complétude ;
- l'élaboration des rapports trimestriels des activités : avec un taux de réalisation de 83,33% ;
- les réunions de cadre de concertation : avec un taux de réalisation de 60% ;
- la complétude des rapports de données : avec respectivement 84% en 2011 ; 86,54% en 2012 et 89,50% en 2013. La complétude s'est améliorée au cours de ces 3 dernières années avec un taux de progression de 5% entre 2011 et 2013.

Pour la recherche opérationnelle, elle n'occupe pas encore suffisamment une place prépondérante parmi les stratégies mise en œuvre par le programme. Toutefois, le PNLP a réalisé des études de recherche en collaboration avec des instituts de recherche comme UAM, CERMES, LANSPEX, HNN, EPICENTRE, Institutions d'Enseignement.

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la revue à mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le paludisme en 2013 relève les principaux points suivants :

#### ➤ **Forces :**

- Existence de sites sentinelles de surveillance des résistances des parasites aux médicaments et des vecteurs aux insecticides ;
- Collaboration avec les institutions de recherche ;
- Réalisation d'études par rapport aux tests d'efficacité des MILDA et des ACT.

➤ **Faiblesses :**

- Insuffisance d'enquêtes de couverture permettant d'apprécier les indicateurs d'effets et d'impact par manque de financement ;
- Insuffisance des enquêtes CAP à tous les niveaux ;
- Insuffisance dans l'exploitation des données collectées lors des enquêtes ;
- Insuffisance de publications;
- Insuffisance de financement dans le domaine de la recherche ;
- Insuffisance des institutions de recherche ;
- Insuffisance d'équipement des institutions de recherche existantes ;
- Insuffisance du personnel dans les institutions de recherche PNLP.

### **2.2.3. Progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du programme**

La couverture et l'accès aux différentes mesures de prévention et de prise en charge du paludisme mises en œuvre, ont connu une progression significative entre 2010 et 2013 sur toute l'étendue du territoire national. Ces progrès ont été rendus possibles, grâce à l'augmentation des financements et à la bonne organisation mise en place par le PNLP, à travers une vision claire et des stratégies reconnues efficaces. Celle-ci associée à l'augmentation substantielle des ressources financières allouées à la lutte antipaludique par les partenaires, et par la mise à l'échelle des interventions à efficacité prouvée. Le Niger a adhéré à toutes les grandes initiatives internationales dans le cadre de la lutte contre le paludisme et a construit un partenariat efficace soutenu par un engagement politique fort.

Au cours de la période 2011-2013, d'importantes réalisations ont été faites dans la mise en œuvre des différents volets du Programme National de Lutte contre le Paludisme (distribution de masse des MILDA, TPI chez les femmes enceintes, PECADOM, IEC/CCC, formation /recyclage du personnel de santé, introduction des TDR, disponibilité des ACT). Les activités se sont traduites au niveau opérationnel par une amélioration de l'accès et de la qualité de la prise en charge, et par l'acceptation de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides comme un moyen utile de prévention. Toutefois les gains obtenus restent fragiles et fortement assujettis aux financements des partenaires qui permettent de maintenir et renforcer les acquis.



**Tableau 15 : Evolution des indicateurs du programme, 2010-2013**

<b>Indicateurs</b>	<b>Niveau 2010</b>	<b>Niveau 2011</b>	<b>Niveau 2012</b>	<b>Niveau 2013</b>	<b>Cibles PSN 2015</b>
Incidence du paludisme pour 100 000 habitants	3 314 ( <i>Annuaire statistique</i> )	6 764 ( <i>Annuaire statistique</i> )	6 538 ( <i>Annuaire statistique</i> )	6 611 ( <i>Annuaire statistique</i> )	<b>2 486</b>
Létalité %	0 ,13 ( <i>Rapport PNLP</i> )	0,10 ( <i>Rapport PNLP</i> )	0,12 ( <i>Rapport PNLP</i> )	0,09 ( <i>Rapport PNLP</i> )	<b>0,03%</b>
% de cas confirmés	57,42%	60,32 % ( <i>SNIS</i> )	62,86 % ( <i>SNIS</i> )	65,40% ( <i>SNIS</i> )	<b>90%</b>
% de cas testés (couverture diagnostic)	24% ( <i>SNIS</i> )	69% ( <i>SNIS</i> )	45 % ( <i>SNIS</i> )	46% ( <i>SNIS</i> )	<b>100%</b>
% de cas simple correctement pris en charge	ND	40 % ( <i>Rapport PNLP</i> )	46% ( <i>EDS 2012</i> )	98,02%	<b>80%</b>
% de femmes enceintes ayant reçu deux doses de traitement préventif intermittent (TPI)	70% ( <i>SNIS 2010</i> )	86,26% ( <i>EDS 2012</i> )	72 ,18% ( <i>EDS 2012</i> )	35% ( <i>EDS 2012</i> )	<b>90%</b>
Taux de possession des MILDA dans les ménages	76,3% ( <i>OMS/MSP 2010</i> )	ND	ND	60 ,2% ( <i>EDS 2012</i> )	<b>100%</b>
% d'enfants < 5 ans dormant sous MILDA	63,70 % <i>Enquête MILDA Round 7, 2009</i> )	ND	ND	23,9% ( <i>EDS 2012</i> )	<b>80%</b>
% de femmes enceintes dormant sous MILDA	71,50 % <i>Enquête MILDA Round 7, 2009</i>	ND	ND	29,4% ( <i>EDS 2012</i> )	<b>80%</b>

#### **2.2.4. Défis pour la période 2014-2018**

Au cours de la revue à mi-parcours, il ressort que beaucoup de défis restent à relever en vue d'atteindre les objectifs sur l'accès universel. Il s'agira notamment de développer des stratégies efficaces et adaptées au contexte épidémiologique pour permettre :

- l'utilisation effective des MILDA par les populations à risque ;
- l'accès universel au diagnostic biologique du paludisme (microscopie, TDR) ;
- l'accès universel à un traitement antipaludique efficace dans les formations sanitaires et au niveau communautaire ;
- la protection des groupes cibles par des mesures préventives du paludisme recommandées, notamment les MILDA, le TPI, la CPS, la PID ;
- 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 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 mise en place d'un système sur la gestion des insecticides ;
- la documentation des bonnes pratiques et des expériences réussies supportées ;
- 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 mise en place d'un partenariat fonctionnel impliquant les acteurs et les différentes parties prenantes dans la lutte contre le paludisme, notamment la société civile et le secteur privé.

## **3. CADRE STRATÉGIQUE DU PLAN REVISE**

### **3.1. Vision**

Le plan stratégique révisé de lutte contre le paludisme au Niger est résolument engagé 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 et principes directeurs du Programme**

#### **3.2.1. Mission**

Assurer aux populations un accès universel et équitable aux interventions de lutte contre le paludisme conformément à la politique sectorielle de santé et dans l'optique de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

#### **3.2.2. Principes directeurs**

Le Plan stratégique repose sur six (6) principes fondamentaux qui constituent les piliers de l'architecture des interventions de prévention et de traitement du paludisme :

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

### **3.3. Orientations stratégiques et priorités :**

A travers le plan stratégique révisé 2011-2015, et sa projection pour la période 2016-2018, le PNLN s'engage à intensifier la mise en œuvre des interventions de lutte pour capitaliser les acquis et accélérer l'atteinte des objectifs fixés. Pour ce faire, les actions prévues durant la période 2014-2018 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.

Les interventions qui seront développées au cours de la période 2014-2018 sont en rapport avec les priorités suivantes :

- 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.

### **3.4. But et objectifs du Plan stratégique**

#### **3.4.1. But**

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dans la population générale de sorte que le paludisme ne soit plus un problème de santé publique.

#### **3.4.2. Objectifs**

- Réduire de 75% l'incidence du paludisme d'ici 2018 par rapport à 2013 ;
- Réduire de 75% la mortalité liée au paludisme d'ici 2018 par rapport à 2013 ;
- Renforcer les capacités de gestion et de coordination du programme à tous les niveaux.

#### **3.4.3. Résultats attendus**

D'ici fin 2018 :

- Au moins 80% de la population à risque de paludisme utilisent les MILDA, notamment les enfants de moins de 1 an et les femmes enceintes ;

- Au moins 80% des femmes enceintes ont bénéficié d'une protection par le TPI3 au cours de leur 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 durant la dernière période de haute transmission du paludisme (au moins 3 passages) ;
- Au moins 80% des enfants de 0 à 5 ans ont bénéficié d'un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures conformément aux directives nationales;
- Au moins 80% des populations des zones ciblées par la PID ont bénéficié d'une protection adéquate;
- 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 ;
- Au moins 80% de la population connaissent les signes majeurs et les mesures nationales de prévention du paludisme ;
- Au moins 80% des épidémies de paludisme dans les DS à risque sont détectées dans les deux semaines suivant le début et une réponse adéquate est apportée;
- Au moins 80% des rapports attendus sur le paludisme sont transmis dans les délais conformément aux procédures nationales SNIS ;
- Au moins 90% d'absorption des financements mobilisés pour le Plan stratégique.

## **4. INTERVENTIONS ET STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE**

### **4.1. Lutte contre les vecteurs du paludisme**

Dans la mise en œuvre de ce plan, les activités de lutte contre les vecteurs et les activités d'hygiène et d'assainissement vont être organisées en collaboration avec les services techniques du Ministère de la Santé Publique notamment la Direction de l'Hygiène Publique et de l'Éducation pour la Santé, ainsi que les collectivités, les ONG, la société civile et les partenaires techniques et financiers.

#### **4.1.1. Utilisation des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action**

La MILDA constitue le principal outil qui offre une protection individuelle et collective aux populations à risque de paludisme. La politique nationale en matière de prévention fait une place importante à la promotion de l'utilisation des MILDA par toute la population dans le cadre de l'accès universel, soit une MILDA pour 1,8 personne.

Au cours de la période du PSN 2014-2018, il s'agira de rehausser le taux d'utilisation de MILDA par toute la population à risque, respectivement de 23,9% en 2013 à au moins 80% en 2018.

Cette intervention se fera essentiellement à travers des distributions de masse lors de campagnes et de routine dans les formations sanitaires (CPN).

A cet effet, dans la mise en œuvre de PSN 2014-2018, le PNLP compte organiser deux campagnes de distribution de masse des MILDA en 2014 dans six Districts Sanitaires (DS) et en 2015 dans les trente-six autres restants. Le financement se fera dans 25 DS sur financement du Fonds mondial et dans les DS restants sur financement de l'Etat. Pour maintenir les acquis, le PSN prévoit une campagne de distribution massive en 2018 dans tous les districts du pays.

Selon les stratégies, les actions prévues concerneront en particulier :

- Organisation de campagnes de distribution massive de MILDA pour la couverture universelle ;
- Distribution de MILDA en routine aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 1 an ;
- Promotion de l'utilisation des MILDA à travers des activités de VAD au niveau communautaire ;
- Suivi & évaluation des distributions et de l'utilisation des MILDA.

En vue d'une meilleure utilisation des MILDA par les populations à risque, le PNLP s'accordera à renforcer le partenariat avec le secteur privé, la société civile et les organisations communautaires de base.

#### **4.1.2.Pulvérisation Intra-Domiciliaire**

La PID prévue dans les plans précédents était réservée uniquement aux districts à risque épidémique et son application devrait se faire sur la base de critères épidémiologiques et entomologiques reposant sur une analyse de situation dans les zones ciblées.

Le plan 2014-2018 prévoit la mise en œuvre dans les mêmes districts pilotes que ceux retenus dans le plan précédent avant son extension dans les autres districts ciblés.

Les stratégies retenues devront permettre d'atteindre au moins 80% de protection des personnes dans les districts ciblés. Les actions prévues sont en particulier :

- L'organisation de cycles de PID dans les districts ciblés ;
- La promotion de la PID au niveau des décideurs et des communautés à travers le plaidoyer et des activités de communications de proximité ;
- le suivi et l'évaluation des résultats et de l'impact de la PID, notamment les aspects entomologiques et épidémiologiques avant et à la fin de chaque cycle de pulvérisation.

Toutes les précautions de sécurité et de gestion des déchets seront prises avant, au cours et à la fin de sa mise en œuvre, en collaboration avec des structures ayant l'expertise et des départements ministériels partenaires.

#### **4.1.3.Lutte Anti-Larvaire**

La lutte anti larvaire sera appliquée en particulier dans les endroits où les gîtes larvaires sont accessibles et relativement limités en nombre et en taille. Elle viendra en complément de l'utilisation des MILDA et de la PID en vue de réduire les densités larvaires. Cette intervention est déjà mise en œuvre par le Ministère de la Santé et se poursuivra sur toute l'étendue du territoire.

Les stratégies de la lutte anti larvaire retenues couvriront d'ici 2018 l'ensemble des 42 districts sanitaires du pays. Les actions prévues sont en particulier :

- la cartographie des gîtes larvaires ;
- la réalisation d'études spécifiques comme analyse de situation de base des sites ciblés ;
- l'organisation de campagnes de traitement des gîtes larvaires dans des zones ciblées;
- la Promotion de la lutte anti larvaire au niveau communautaire ;
- le suivi et l'évaluation des résultats et de l'impact de la lutte anti larvaire, notamment les aspects entomologiques et épidémiologiques avant et à la fin de chaque campagne de lutte anti-larvaire.

## **4.2. Prévention du paludisme pendant la grossesse**

La 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 PNLN.

Les mesures de prévention consistent à utiliser des MILDA et à administrer au moins 3 doses de TPI avec de la sulfadoxine pyriméthamine lors des CPN, à partir du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse jusqu'à l'accouchement en respectant un intervalle de 4 semaines entre les doses. L'administration du TPI se fait sous supervision d'un agent de santé qualifié.

Au cours de ce plan stratégique 2014-2018, il s'agira de :

- Protéger les femmes enceintes vues en CPN avec le TPI, avec un taux d'achèvement de TPI3 d'au moins 90% d'ici fin 2018 ;
- Protéger les femmes enceintes vues en CPN avec les MILDA en augmentant leur utilisation au cours de la grossesse à au moins 80% d'ici fin 2018.

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

- Intensification de la distribution des MILDA et de la SP (TPI) en CPN (fixe et foraine) ;
- Promotion de l'utilisation du TPI et des MILDA chez les femmes enceintes ;
- Suivi et évaluation des activités de prévention du paludisme chez la femme enceinte.

## **4.3. Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) :**

La Chimio prévention de paludisme saisonnier est l'administration intermittente d'un traitement complet de SP + AQ chez les enfants de 3 à 59 mois dans les zones éligibles<sup>1</sup> pendant les mois de la saison de haute transmission de paludisme.

Au cours de ce plan, il s'agira d'assurer une protection avec la CPS pour 100% des enfants des zones éligibles. Ceci se fera à travers :

- L'organisation de campagnes d'information et de mobilisation sociale sur la CPS ;

---

<sup>1</sup> Voir le protocole de mise en œuvre de la CPS du Niger

- L'organisation dans chaque localité ciblée de campagnes de traitement intermittent à raison de 4 passages à 4 semaines d'intervalle au cours de la saison de haute transmission ;
- Le suivi et l'évaluation de chaque campagne de CPS.

#### 4.4. Diagnostic et Traitement du paludisme

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 privées 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.

##### 4.4.1. 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 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse. Au cours du 1<sup>er</sup> 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 ACT 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 les dérivés d'Artémisinine 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 la quinine par voie parentérale au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse, et les dérivés de l'Artémisinine par voie parentérale à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre.

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 kits de 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. Globalement, un accent particulier sera mis sur :

- Le renforcement de l'application des directives nationales pour le diagnostic et le traitement du paludisme à travers un suivi des prestataires sur le terrain ;
- La formation/recyclage de tous les prestataires de services du secteur public et privé sur les directives nationales pour le diagnostic et le traitement des cas de paludisme ;
- L'amélioration de la prise en charge des cas de paludisme graves avec la disponibilité de kits spécifiques et la mise en place d'outils de surveillance dans les structures hospitalières ;
- Le renforcement du réseau de laboratoire avec l'appui à un système d'assurance-qualité de la microscopie ;
- L'amélioration de la disponibilité des TDR, des réactifs et consommables destinés à la microscopie et autres matériels/consommables pour les formations sanitaires pourvues de laboratoires ;
- La promotion de l'utilisation des TDR auprès des prestataires de services ;
- L'appui à la redynamisation du système de pharmacovigilance qui est un maillon faible de la chaîne de traitement et du suivi de l'efficacité thérapeutique des ACT et autres intrants.

#### **4.4.2. Prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire (PECADOM)**

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 suspect de paludisme avec les TDR et le traitement des cas confirmés avec des ACT.

Mise en œuvre en phase expérimentale depuis 2012, dans le district sanitaire de Madarounfa, cette stratégie sera mise à échelle progressivement par le PNLP en partenariat avec des ONG /Associations selon des critères spécifiques de sélection des villages.

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

- Extension progressive de la couverture PECADOM 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 ;
- Suivi et évaluation des résultats et de l'impact de la prise en charge des maladies de l'enfant au niveau communautaire.

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.

#### **4.5. Prévention et Réponse aux épidémies de paludisme/Situation d'urgence**

Au Niger, il existe des districts sanitaires à risque épidémique de paludisme situés dans la zone hypo-endémique. Toutefois, tout le pays peut être confronté à une urgence de paludisme qui se caractérise par une augmentation inhabituelle de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme (exemple de la situation survenue en 2012).

La surveillance et la réponse aux épidémies de paludisme continuera à être intégrée au système national de SIMR renseigné à travers le SNIS de routine et le système de surveillance hebdomadaire en place pour tout le pays.

Dans le cadre du renforcement de son système de surveillance et de détection précoce des épidémies, le PNLP s'attèlera à intégrer les données environnementales et météorologiques dans le rapport hebdomadaire de la situation épidémiologique du paludisme.

Dans la mise en œuvre du PSN 2014 -2018, le PNLP compte également faire l'extension de ses sites sentinelles, de 3 à 6, pour mieux suivre les paramètres épidémiologiques, entomologiques et parasitologiques dans les différentes strates du pays.

Le PNLP compte actualiser la stratification épidémiologique du paludisme, la cartographie des vecteurs et celle des parasites au Niger afin de mieux préciser les niveaux de transmission et ainsi affiner le ciblage des interventions dans les DS à risque d'épidémie de paludisme. Mais le PNLP compte revoir l'identification des seuils épidémiques pour tous les DS au Niger.

Dans le cadre de l'intensification de la riposte et de l'investigation des cas, le présent PSN va contribuer dans la mise en œuvre du plan multisectoriel du «SYSTEME D'ALERTE PRECOCE » définissant les mécanismes d'interventions coordonnés à dérouler devant toute situation d'urgence dont fait face le pays. Cet organe est relié à la Primature.

Les actions prévues dans le PSN 2014-2018 concerneront en particulier l'acquisition chaque année d'un stock d'urgence sur le paludisme (ACT, TDR, MILDA, SP, artéméther injectable, artésunate injectable, artésunate rectale) et sa mise en place au niveau de toutes les DRSP, mais aussi directement au niveau des DS à risque d'épidémie pour la réponse aux éventuelles épidémies de paludisme. Pour ce faire, chaque DS sera appuyé pour élaborer et mettre en œuvre un plan de préparation, détection et riposte aux éventuelles épidémies/situations d'urgence de paludisme.

#### **4.6. Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale**

La communication a été identifiée comme une activité essentielle de soutien aux différentes interventions du présent PSN. Le plan de communication du PNLP prévoit de mettre en œuvre

quatre (4) stratégies de communication pour le changement de comportement en faveur de la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme.

#### **4.6.1. Plaidoyer et partenariat**

Le PNLP compte organiser des séances de plaidoyer en direction des PTF, des autorités politiques, admiratives et coutumières des leaders d'opinions, des populations, du secteur privé, de la société civiles pour susciter leur engagement et leur implication dans la mise en œuvre du PSN 2014-2018. Il s'agira de mobiliser des ressources pour la mise en œuvre des différentes stratégies (MILDA, PID, LAL, TPI, SMC, PEC, PECADOM, SE, CCC).

#### **4.6.2. Communication pour le Changement de Comportement**

La communication pour le changement de comportement a pour objectif d'informer et de sensibiliser les populations pour l'adoption des comportements favorables à la prévention et à la prise en charge des cas de paludisme. A ce titre, des activités de communication en direction des populations seront conduites à travers la communication de masse et de proximité, la conception, la réalisation, la production et la diffusion de messages et de supports (bulletin d'information audio et audio visuels, affiches, pagivoltes, tee-shirts ...).

#### **4.6.3. Mobilisation Sociale**

La réussite des actions pour la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme repose en particulier sur la mobilisation sociale en vue d'une participation entière des communautés bénéficiaires dans la gestion de leurs problèmes de santé. Il s'agit d'informer et de sensibiliser les communautés afin d'en faire de véritables acteurs dans le processus de mise en œuvre des stratégies de lutte contre le paludisme. A cet effet, le PNLP mettra à profit certains événements (la Journée Mondiale de lutte contre le Paludisme, la semaine nationale de mobilisation contre le paludisme ; la Cure Salée ; le championnat national de lutte traditionnelle ; la fête nationale du 18 décembre ; le Hotoungo , Balibali...) pour rendre visible les actions de lutte contre le paludisme axées sur les mesures préventives et l'intérêt du traitement précoce dans les structures sanitaires (formations sanitaires, relais communautaires).

#### **4.6.4. Renforcement des capacités**

En vue d'améliorer les interventions de communication au niveau communautaire, un accent particulier sera mis sur le renforcement des capacités des agents impliqués dans la mise en œuvre des actions de communication à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. C'est ainsi que des sessions de formation seront organisées au profit des communicateurs à tous les niveaux. Ces formations porteront sur le plaidoyer, la technique de communication interpersonnelle et la mobilisation sociale orientés vers l'atteinte des objectifs des différentes interventions prévues dans le PSN.

### **4.7. Surveillance, Suivi & Evaluation et Recherche opérationnelle**

Conformément au cadre du système national d'information sanitaire mis en place par le Ministère de la Santé Publique, le PNLP poursuivra le renforcement du système de suivi/évaluation de la lutte

contre le paludisme en documentant les résultats et en mesurant les performances du programme tout au long de la mise en œuvre du plan stratégique révisé 2014-2018. La mise en œuvre des actions prévues par le Plan S&E se fera en étroite collaboration avec les acteurs et les partenaires à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

A cet effet, le Plan de S&E du PNLP révisé 2014-2018 servira de document de référence durant toute la période de mise en œuvre du PSN révisé 2014-2018.

La performance du programme sera régulièrement appréciée à travers le renseignement des indicateurs définis dans le cadre de performance du Plan stratégique révisé 2014-2018. 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.

Les rapports d'activités et/ou de recherche seront partagés avec tous les acteurs et les partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme.

#### **4.8. Capacités institutionnelles et Gestion de la lutte contre le paludisme**

Pour permettre une meilleure gestion du programme et un mécanisme de coordination des partenaires fonctionnel, il importe de renforcer certains aspects institutionnels du PNLP et des parties prenantes intervenant dans la lutte contre le paludisme à différents niveaux.

Les actions prévues concerneront en particulier :

- La dotation du programme en ressources humaines qualifiées afin de renforcer les performances en rapport avec la mise en œuvre et le suivi des interventions de lutte ;
- L'amélioration de la capacité de gestion du programme à travers l'élaboration de manuels de procédures d'exécution, de GAS et de directives techniques pour la mise en œuvre des différentes interventions de lutte contre le paludisme ;
- L'acquisition de logiciels pour la gestion de la comptabilité, des stocks des intrants et des ressources humaines pour la lutte contre le paludisme (base de données des formations sur les interventions de lutte) ;
- Le renforcement du fonctionnement courant du programme à différents niveaux du système de santé à travers une amélioration du cadre de travail des unités techniques du programme, l'appui de contractuels salariés, l'acquisition de matériels roulants (véhicules, motos) pour le suivi des activités opérationnelles, le paiement d'indemnités et de primes pour des tâches spécifiques assurées par le personnel à différents niveaux de la pyramide sanitaire y compris les relais communautaires;
- Le renforcement du partenariat entre tous les parties impliqués dans la lutte contre le paludisme à travers un cadre de collaboration consensuel entre les parties prenantes, la redynamisation du comité de coordination pour le paludisme à tous les niveaux, la tenue de réunions régulières de concertations, le renforcement des capacités logistiques et techniques des acteurs la mise en place de réseaux avec les structures scientifiques et de recherche

(institutions, écoles, universités, organisations sous régionales), le partage d'expérience par l'organisation de voyages d'études ;

- La mobilisation de ressources pour le financement du PSN à travers l'organisation d'un plaidoyer de haut niveau auprès de l'Etat et des PTF, mais aussi du secteur privé et de la communauté.

## **5. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN**

Le plan de suivi/évaluation révisé 2014-2018 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 2014-2018.

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

Le suivi de la performance du plan stratégique 2014-2018 se fera à travers un processus continu de collecte et d'analyse d'informations permettant de renseigner les indicateurs du programme.

Pour cela, le cadre de performance de suivi/évaluation élaboré par le PNLP permettra un suivi des progrès vers l'atteinte des cibles des indicateurs tout au long de la mise en œuvre du Plan stratégique révisé 2014-2018. Cette matrice prend en compte les indicateurs d'impact, d'effet (résultats), de produits et de processus, tels que décrits dans le plan de suivi-évaluation 2014-2018. (Voir Annexe 5: Cadre de performance du PSN 2011-2015 révisé)

### **5.2. Suivi des progrès**

Sur la base de la stratification du pays et des acquis du programme en 2013, 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.

### **5.3. 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 2014-2018, 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.

## **6. GESTION DU PROGRAMME**

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.

### **6.1. Ressources humaines**

La coordination du PNLP est composée de ressources humaines d'expertises variées réparties entre les différentes unités du programme. Le programme dispose de deux catégories de personnel aux niveaux central et régional à savoir les fonctionnaires de l'Etat (34 agents) et les contractuels du Fonds Mondial (10 agents).

Au niveau opérationnel les interventions du programme sont menées par les agents de santé qui sont en nombre insuffisant en quantité et en qualité.

L'existence des différentes compétences disponibles permet au Programme National de Lutte contre le Paludisme de bien remplir sa mission.

De façon générale, la planification, l'organisation et la coordination des activités de lutte contre le paludisme sont intégrées dans le paquet d'activités des services de santé à différents niveaux. Le responsable de chaque niveau sanitaire a la charge de coordonner, mettre en œuvre et assurer le suivi sur le terrain. Dans le cadre du plan stratégique révisé 2014-2018, le Programme National de Lutte contre le Paludisme sera renforcé en personnel qualifié sur la base des insuffisances notées par la revue à mi-parcours du programme réalisée en 2013. De même, des formations continues qualifiantes sur divers thèmes (épidémiologie, bio statistique, communication, suivi-évaluation, paludologie, gestion des projets etc.) seront organisées pour les personnes impliquées dans la lutte contre le paludisme à différents niveaux (Coordination PNLP, DRSP, DS, autres).

Le PNLP sera appuyé par un conseiller du bureau pays de l'OMS dans toutes les étapes de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation du programme.

## **6.2. Planification et mise en œuvre**

La gestion de la lutte contre le paludisme est intégrée à tous les niveaux du système de santé. Elle fait intervenir différents acteurs et des partenaires à différents niveaux.

Le plan stratégique national de lutte contre le paludisme servira de plan d'orientation général tout au long des cinq ans. Sa mise en œuvre se fera à travers un plan de travail annuel (PTA). Le PTA permettra de définir et de répartir toutes les interventions de lutte par année et par niveau de système de santé et communautaire. L'opérationnalisation de ce PTA se fera à travers des plans annuels opérationnels ou d'actions (POA ou PAA) pour chaque niveau selon un canevas consensuel retenu par la Direction des Etudes et de la Programmation du Ministère de la Santé Publique. Le PAA de chaque structure du niveau central, régional et départemental voire locale intègre les interventions de tous les partenaires techniques et financiers (PTF) et de l'Etat du Niger. Les actions seront ainsi réparties entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Chaque niveau de la pyramide réalise les interventions dont il a la responsabilité sous la supervision du niveau hiérarchique immédiatement supérieur. La mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de ces interventions peut être réalisée par la coordination nationale du programme ou par le niveau de la pyramide sanitaire concerné à travers des requêtes de financement qui sont adressées aux PTF en fonction du mécanisme de financement spécifique à chaque partie prenante.

## **6.3. Coordination des partenariats**

Une coordination efficace entre les partenaires est cruciale pour une lutte contre le paludisme au niveau d'un pays.

Au PNLP, 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 PNLP 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.

## **6.4. Système de gestion des achats et des stocks**

La mise en œuvre des activités GAS du Plan stratégique sera assurée par le Programme National de Lutte contre le Paludisme en étroite collaboration avec les structures centrales habilitées, les Directions Régionales de la Santé Publique, les Districts Sanitaires, les Centres de Santé Intégrés et des Cases de Santé. La réussite de la mise œuvre du plan GAS dépendra pour beaucoup de :

- L'acquisition d'un logiciel performant de gestion des stocks;
- La mise aux normes des magasins périphériques ;
- La disponibilité et l'accessibilité de tous les intrants (CTA, TDR, SP, MILDA, et insecticides...) pour la prise en charge et la prévention du paludisme ;
- La volonté des acteurs à la mise en place d'un système GAS transparent ;
- La formation des acteurs au logiciel de gestion des stocks.

#### **6.4.1. Capacité de gestion des achats et des stocks par le PNLP**

La gestion du programme est basée sur un consensus concernant les rôles et responsabilités des différents acteurs.

Le PNLP à travers le MSP dispose d'une capacité interne suffisante pour la gestion du cycle d'approvisionnement et de distribution des produits médicaux, pharmaceutiques et autres intrants.

Le manuel des achats et procédures du MSP sera utilisé pour toutes les opérations d'achat. Il est détaillé en matière de passation de marché et respecte les directives nationales, sous régionales et internationales.

#### **6.4.2. Approvisionnement en intrants antipaludiques**

L'unité d'approvisionnement et de logistique du PNLP aura pour responsabilités la planification, la coordination, la mise en œuvre et le suivi de la Gestion des Achats et des Stocks à tous les niveaux.

Le choix des intrants antipaludiques se basera sur le document de politique nationale de lutte contre le paludisme et les directives techniques qui en découlent. Ainsi, le PNLP en collaboration avec le bureau pays de l'OMS et le groupe « RBM » établiront la liste des intrants à commander (Dénominations, dosages, présentation, conditionnement, durée de validité) et leurs spécifications techniques. Les prévisions des besoins en intrants antipaludiques seront annuelles et établies sur la base de méthodes standards et des directives adoptées par le PNLP en collaboration avec ses partenaires.

A l'issue du consensus sur la liste établie, le PNLP la transmet officiellement au MSP avec la documentation la supportant pour approbation et élaboration des dossiers d'appels d'offres.

La Direction des Pharmacies et de la Médecine Traditionnelle (DPH/MT) du Ministère de la Santé Publique sera impliquée dans toutes les étapes du processus pour garantir l'application de la réglementation nationale en vigueur sur la production, la commercialisation et l'importation des intrants antipaludiques.

### **6.5. Gestion des ressources financières**



Chaque année un plan d'activité découlant du plan stratégique sera élaboré. Ces plans annuels décrivent les activités que les unités exécuteront dans le cadre des objectifs du plan stratégique 2014-2018. Les plans annuels comprendront les coûts des activités, les indicateurs, les sources de financement et un chronogramme de mise en œuvre et ils pourront inclure aussi les exigences en matière de ressources humaines et de technologies de l'information.

Dans le cadre de la recherche de financement des activités, des termes de référence seront envoyés aux partenaires ciblés, de même, un manuel de procédures administratives, financières et comptables sera élaboré et validé. Ce manuel permettra au contrôleur interne de vérifier le respect des procédures dans la mise en œuvre des activités.

Toute activité réalisée fera l'objet d'une justification financière et d'un rapport technique certifié par le premier responsable du programme. Les pièces justificatives issues des activités seront centralisées au niveau de la section finance pour être envoyées aux partenaires financiers et classées (copies ou originales) par sources de financement ou par mode de financement.

Un accent particulier sera mis sur la promptitude et la qualité des pièces justificatives.

## **7. BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT**

Le budget du plan stratégique 2014-2020 est présenté par intervention et par année (tableau 16). Les détails du budget du PSN sont en annexe 4.

### **7.1 Résumé du budget par intervention / stratégie**

Le coût global du plan stratégique pour les 5 années s'élève à **291 063 464** euros, soit en moyenne 16 euros/habitant.

Les coûts totaux des activités par intervention se présentent comme suit :

- **Diagnostic et Traitement du paludisme : 50 450 554 €**, soit 17,33% du budget du plan ;
- **Lutte contre les vecteurs du paludisme : 149 131 511 €**, soit 51,24% du budget du plan ;
- **Prévention du paludisme pendant la grossesse : 21 537 602 €**, soit 7,40% du budget du plan;
- **Chimioprévention du Paludisme Saisonnier : 33 220 749 €**, soit 11,41% du budget du plan ;
- **Prévention et Réponse aux épidémies de paludisme / Situation d'urgence: 1 512 325 €**, soit 0,52% du budget du plan;
- **Plaidoyer, Communication et Mobilisation sociale : 2 642 738 €**, soit 0,91% du budget du plan ;
- **Suivi/évaluation et Recherche opérationnelle : 19 507 858 €**, soit 6,70% du budget du plan ;
- **Capacités institutionnelles et Gestion de la lutte contre le paludisme : 13 060 128 €**, soit 4,49% du budget du plan.

**Tableau 16 : Récapitulatif du financement du plan stratégique 2014-2018 par intervention et par année**

RECAPITULATIF DU FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE 2014-2018 PAR INTERVENTION ET PAR ANNEE									
Nombre activités	INTERVENTIONS	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	% (FCFA)	MONTANT TOTAL (EURO)
		2014	2015	2016	2017	2018			
49	Diagnostic et traitement du paludisme	6 144 075 055	7 100 141 720	6 568 277 854	6 606 208 453	6 674 690 697	33 093 393 778	17,33%	50 450 554
24	Lutte contre les vecteurs du paludisme	8 547 406 016	37 597 111 300	3 552 497 113	3 837 884 598	44 288 959 323	97 823 858 349	51,24%	149 131 511
3	Prévention du paludisme pendant la grossesse	2 424 888 865	2 558 947 240	2 924 392 165	3 057 588 705	3 161 923 575	14 127 740 550	7,40%	21 537 602
8	Chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS)	2 130 246 152	4 718 611 147	4 890 190 637	4 979 755 143	5 072 579 871	21 791 382 950	11,41%	33 220 749
8	Prévention et réponse aux épidémies de paludisme / situation d'urgence	0	333 563 048	196 102 368	196 102 368	266 252 354	992 020 138	0,52%	1 512 325
26	Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale	127 651 516	453 217 796	352 717 796	431 717 796	368 217 796	1 733 522 700	0,91%	2 642 738
5	Suivi/évaluation et Recherche Opérationnelle	1 379 335 130	3 911 678 304	2 038 464 270	2 401 014 270	3 065 824 270	12 796 316 244	6,70%	19 507 858
61	Capacités institutionnelles et gestion de la lutte contre le paludisme	1 370 855 746	1 990 118 534	1 684 791 072	1 682 578 657	1 838 538 206	8 566 882 216	4,49%	13 060 128
184	<b>TOTAL BUDGET PAR ANNEE (CFA)</b>	<b>22 124 458 479</b>	<b>58 663 389 089</b>	<b>22 207 433 275</b>	<b>23 192 849 990</b>	<b>64 736 986 092</b>	<b>190 925 116 925</b>	<b>100,00%</b>	<b>291 063 464</b>

## 7.2 Résumé du budget par catégorie de coût

Tableau 17 : Récapitulatif du financement du plan stratégique 2014-2018 par catégorie de coût et par année

RECAPITULATIF DU FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE 2014-2018 PAR CATEGORIE DE COUT ET PAR ANNEE								
INTERVENTIONS	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	% (FCFA)	MONTANT TOTAL (EURO)
	2014	2015	2016	2017	2018			
Assistance technique et de Gestion	0	7 500 000	0	0	0	7 500 000	0,00%	11 434
Coûts de gestion des achats et des stocks (GAS)	2 157 596 821	5 693 662 964	1 349 164 142	1 417 637 542	6 517 050 364	17 135 111 833	8,97%	26 122 310
Formation	247 293 053	843 543 369	455 360 781	506 475 572	744 506 946	2 797 179 721	1,47%	4 264 273
Infrastructure et autres équipements	82 258 348	511 752 000	102 752 000	19 752 000	17 752 000	734 266 348	0,38%	1 119 382
Matériel de communication	1 718 893 037	2 807 691 355	2 830 796 736	3 076 908 451	3 134 976 736	13 569 266 314	7,11%	20 686 213
Planification et administration	133 736 395	594 033 297	428 536 945	463 694 681	495 577 431	2 115 578 750	1,11%	3 225 179
Produits et équipements médicaux	12 967 806 193	39 027 878 188	9 765 780 261	10 177 865 526	45 695 329 231	117 634 659 399	61,61%	179 332 882
Produits pharmaceutiques (Médicaments)	3 166 756 831	4 485 539 125	4 365 102 020	4 305 295 543	4 241 225 859	20 563 919 379	10,77%	31 349 493
Ressources humaines	232 659 724	244 088 661	244 575 599	245 086 883	245 623 733	1 212 034 599	0,63%	1 847 735
Suivi et évaluation (S&E)	1 417 458 075	4 447 700 131	2 665 364 792	2 980 133 792	3 644 943 792	15 155 600 582	7,94%	23 104 564
<b>TOTAL BUDGT PAR ANNEE (CFA)</b>	<b>22 124 458 479</b>	<b>58 663 389 089</b>	<b>22 207 433 275</b>	<b>23 192 849 990</b>	<b>64 736 986 092</b>	<b>190 925 116 925</b>	<b>100,00%</b>	<b>291 063 464</b>

## **8. MOBILISATION DES RESSOURCES**

### **8.1. Cartographie de donateurs/stratégies mobilisation de ressources**

**Tableau 18 : Résumé du budget du PSN 2014-2018 par donateur**

partenaires	Montants réels	Prévisions				Domaines couverts		
	2014	2015	2016	2017	2018	Total		
<b>Etat</b>	6 128 981 €	19 963 386 €	6 741 879 €	7 048 328 €	7 354 777 €	47 237 351 €	Paiement salaires des personnels cadres et auxiliaires de la Santé, Factures d'Eau, d'électricité, de Téléphone, frais de location des locaux; dotation équipements ; achat MILDA et Médicaments pour la gratuité des soins chez les groupes vulnérables Achat d'insecticide et la mise en oeuvre de la lutte anti- larvaire	Plan d'A projecti Cubain
<b>Fonds Communs (partenaires)</b>	54 882 €	36 588 €	36 588 €	0 €	0 €	128 058 €	Suivi entomologique et épidémiologique ; supervisions intégrées	Plan d' projecti
<b>Fonds Mondial</b>	23 229 319 €	6 045 714 €	0 €	0 €	0 €	29 275 033 €	Achat MILDAs, TDR et ACT ; célébration Journée Mondiale et de la semaine de mobilisation sociale ; appuis à l'assistance technique	Work p
<b>UNICEF</b>	931 463 €	557 963 €	557 963 €	557 963 €	557 963 €	3 163 317 €	Achat MILDAs, TDR et ACT ; célébration Journée Mondiale et de la semaine de mobilisation sociale ; Appui technique Finalisation et validation Plan de Communication ; Suivi –évaluation de la PECADOM ; supervision	Plan de
<b>Sanofi Pasteur</b>	30 490 €	30 490 €	0 €	0 €	0 €	60 980 €	Célébration de la Journée Mondiale Paludisme (JMLP) ; organisation de la campagne de sensibilisation en milieu scolaire, championnat intervillage , foramtion relais communautaires , PECADOM	Plan d' projecti
<b>Bayer</b>	32 490 €	32 490 €	0 €	0 €	0 €	64 980 €	Formation des agents sur l'utilisation des TDR, contrôle de qualité	Rappor

<b>WARN/RBM</b>	7 622 €	7 622 €	0 €	0 €	0 €	15 244 €	appui technique a l'élaboration des documents stratégiques	Plan d'projecti
<b>Organisation Mondiale de la Santé</b>	1 129 184 €	4 427 €	4 427 €	4 427 €	4 427 €	1 146 892 €	; célébration de la journée mondiale et de la semaine de mobilisation ; étude sur la qualité prise en charge du paludisme; Appui technique	Plan de
<b>Banque Islamique de Développement (BID)</b>	7 581 213 €	0 €	0 €	0 €	0 €	7 581 213 €	Achat de MILDAs au titre de la contribution de l'Etat au TFM	Plan de
<b>Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)</b>	38 112 €	38 112 €	0 €	0 €	0 €	76 224 €	Création nouveaux sites sentinelles ; participation des agents de santé aux cours internationaux en paludologie ; Reprographie du manuel de diagnostic biologique ; étude sur la stratification du paludisme	Plan d'projecti
<b>Coopération Chinoise</b>	174 367 €	174 367 €	0 €	0 €	0 €	348 734 €	Achat des ACT	Prévisio
<b>World Vision</b>	352 780 €	1 427 230 €	1 302 282 €	1 302 282 €	0 €	4 384 574 €	Achat des MILDAs et ACT	Prévisio
<b>Plan Niger</b>	73 053 €	73 053 €	0 €	0 €	0 €	146 106 €	Achat des MILDAs et TDR	Prévisio 2015
<b>UNITAID</b>	0 €	2 565 965 €	2 302 920 €	445 615 €	0 €	5 314 500 €	Achat AQ-SP et cout opérationnels de la SMC	Chimio
<b>BM</b>	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	Achat AQ-SP et cout opérationnels de la SMC	Chimio
<b>coopération Cubaine</b>	0 €	2 773 741 €	2 773 741 €	0 €	0 €	5 547 481 €	Achat de biolarvicide y compris la mise en œuvre	convent
<b>ACF</b>	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €		

<b>MSF</b>	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
<b>RMNCH TRUST FUND</b>	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
<b>TOTAL partenaires</b>	33 634 975 €	13 767 762 €	6 977 921 €	2 310 287 €	562 390 €	57 253 336 €	
<b>TOTAL ETAT +PARTENAIRES</b>	<b>39 763 956 €</b>	<b>20 203 192 €</b>	<b>13 719 800 €</b>	<b>9 358 616 €</b>	<b>7 917 168 €</b>	<b>90 962 731 €</b>	

## 8.2. Analyse des écarts budgétaires du plan révisé

L'analyse des écarts ou gaps financiers, prend en compte les différentes sources de financement, pour la mobilisation des ressources au cours de 5 années du PSN 2014-2018, conformément au tableau 19 ci-dessous :

**Tableau 19 : Sommaire de l'analyse des écarts budgétaires**

Catégorie de coût	Coûts actuels	2014	2015	2016	2017	2018	Total
<b>A. Budget total du plan stratégique révisé 2014-2018</b>	291 063 464 €	33 728 520 €	89 431 760 €	33 855 014 €	35 357 272 €	98 690 899 €	291 063 464 €
<b>B. ressources nationales actuelles et futures</b>	33 709 396 €	6 128 981 €	19 963 386 €	6 741 879 €	7 048 328 €	7 354 777 €	47 237 351 €
<b>et futures</b>	57 253 336 €	33 634 975 €	13 767 762 €	6 977 921 €	2 310 287 €	562 390 €	57 253 336 €
<b>D. ressources totales actuelles et futures (B +C)</b>	90 962 731 €	39 763 956 €	33 731 148 €	13 719 800 €	9 358 615 €	7 917 167 €	104 490 687 €
<b>F. Écart financier = A-d</b>	200 100 733 €	-6 035 437 €	55 700 612 €	20 135 214 €	25 998 656 €	90 773 732 €	186 572 778 €

Gap 2016-2018      136 907 602 €



## **9. RISQUES ET MENACES**

Tout au long de la mise en œuvre du présent plan stratégique, il est capital de s'assurer de la qualité des interventions et de l'engagement continu des acteurs et des partenaires appuyant le programme. Aussi, il est important de mettre en place des mesures durables permettant de gérer les éventuels risques et menaces en rapport avec :

- La faible mobilisation des ressources voire l'absence de financements nécessaires pour la mise en œuvre du plan d'élimination tout au long de la période 2014-2020;
- La lassitude dans la mise en œuvre des interventions du fait de la diminution de l'intérêt des acteurs face à la rareté des cas de paludisme;
- L'augmentation de la résistance aux insecticides et aux antipaludiques consécutive à une couverture universelle exposant de façon prolongée les parasites et les vecteurs ;
- L'apparition d'épidémies de paludisme sporadiques et de plus en plus de cas sévères consécutifs à une forte baisse de l'incidence de la maladie ;
- La résurgence des cas de paludisme du fait de la diminution, voire l'arrêt brutal dans la mise en œuvre d'interventions adéquates consécutif à la non continuité des financements nécessaires.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

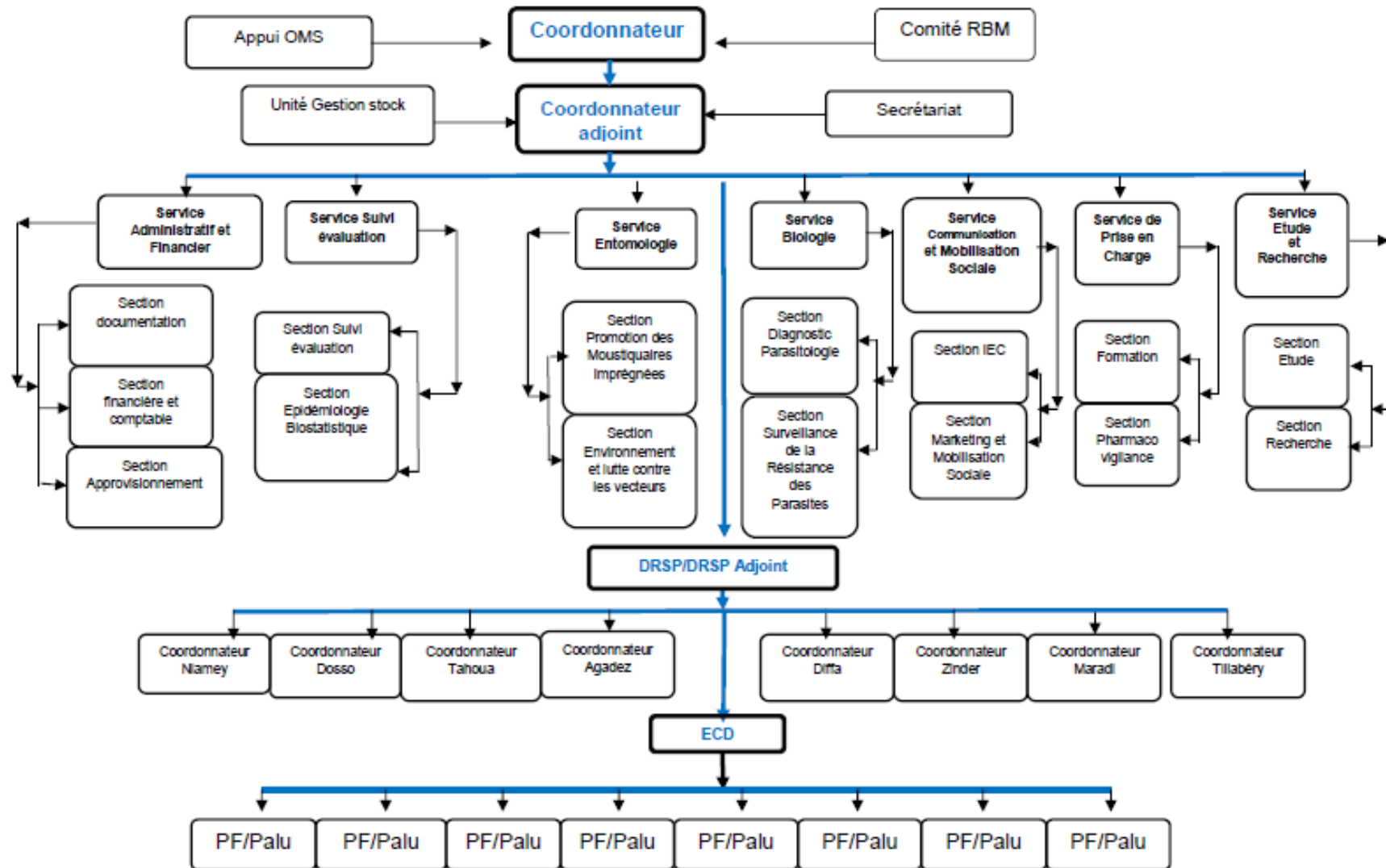
1. MSP, Revue de performance du PNLP Niger, 2010;
2. Roll Back Malaria Partnership : Plan stratégique mondial Faire reculer le paludisme 2005 – 2015, Avril 2005 ;
3. Roll Back Malaria Partnership, Plan d'action mondial contre le paludisme : Pour un monde sans paludisme, 2008 ;
4. Roll Back Malaria, Déclaration 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, 3<sup>ème</sup> 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, 3<sup>ème</sup> 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 ;
27. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2013-2017 du Mali ;

## **ANNEXES DU PLAN STRATÉGIQUE**

1. Organigramme du PNLP
2. Analyse des écarts programmatiques et financiers
3. Besoins en intrants antipaludiques
4. Budget détaillé du plan révisé
5. Cadre de performance du plan révisé
6. Composition des kits
7. Liste des participants au processus de révision du plan

**ANNEXE 1 : ORGANIGRAMME DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME - NIGER**





	2 909 784	437 075	2 472 709	3 033 285	437 075	2 596 210	3 251 390	437 075	2 814 315	9 194 459
	946 633	612 209	334 424	983 551	612 209	371 342	1 021 910	612 209	409 701	2 952 093
	3 856 417	1 049 284	2 807 133	4 016 836	1 049 284	2 967 552	4 273 299	1 049 284	3 224 015	12 146 552
	1 536 366 €	230 776 €	1 305 591 €	1 601 574 €	230 776 €	1 370 799 €	1 716 734 €	230 776 €	1 485 958 €	4 854 674 €

	Besoins totaux	Besoins financés	Gap	Besoins totaux	Besoins financés	Gap	Besoins totaux	Besoins financés	Gap	Besoins totaux
	585 322	0	585 322	540 577	0	540 577	491 452	0	491 452	1 617 350
	111 211	0	111 211	102 710	0	102 710	93 376	0	93 376	307 297
	696 533	0	696 533	643 287	0	643 287	584 828	0	584 828	1 924 647
	731 652 €	0 €	731 652 €	675 721 €	0 €	675 721 €	614 315 €	0 €	614 315 €	2 021 688 €

	Besoins totaux	Besoins financés	Gap	Besoins totaux	Besoins financés	Gap	Besoins totaux	Besoins financés	Gap	Besoins totaux
	2 546 868	1 049 895	1 496 973	2 801 855	1 049 895	1 751 960	3 234 586	1 049 895	2 184 691	8 583 309
	156 887 €	64 674 €	92 214 €	172 594 €	64 674 €	107 921 €	199 250 €	64 674 €	134 577 €	528 732 €

	Besoins totaux			Besoins financés			Gap			Besoins totaux
	Besoins totaux	Besoins financés	Gap	Besoins totaux	Besoins financés	Gap	Besoins totaux	Besoins financés	Gap	Besoins totaux
	#REF!	0	#REF!	#REF!	0	#REF!	#REF!	0	#REF!	#REF!
	#REF!	0	#REF!	#REF!	0	#REF!	#REF!	0	#REF!	#REF!
	#REF!	0	#REF!	#REF!	0	#REF!	#REF!	0	#REF!	#REF!
	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

	Besoins totaux			Besoins financés			Gap			Besoins totaux
	Besoins totaux	Besoins financés	Gap	Besoins totaux	Besoins financés	Gap	Besoins totaux	Besoins financés	Gap	Besoins totaux
	234 803	84 032	150 771	274 455	0	274 455	316 843	0	316 843	826 102
	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Besoins totaux	Besoins Financiés	Gap	Besoins totaux	Besoins Financiés	Gap	Besoins totaux	Besoins Financiés	Gap	Besoins totaux

### ANNEXE 3 : BESOINS EN INTRANTS ANTIPALUDIQUES

<b>Intrants (Quantités/année)</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total</b>
<b>MILDA campagne</b>	1 565 888	10 208 474	-	-	12 100 464	<b>23 874 826</b>
<b>MILDA CPN routine</b>	821 137	856 333	892 688	930 577	970 063	<b>4 470 798</b>
<b>MILDA PEV routine</b>	630 036	657 041	684 936	714 007	744 303	<b>3 430 324</b>
<b>ACT formations sanitaires publiques</b>	3 111 474	3 129 727	2 764 018	2 552 724	2 320 746	<b>13 878 689</b>



<b>ACT communautaire</b>	234 197	348 647	489 029	451 646	410 602	<b>1 934 121</b>
<b>TDR Formations sanitaires publiques</b>	2 525 212	2 659 755	2 909 784	3 033 285	3 251 390	<b>14 379 426</b>
<b>TDR communautaire</b>	409 065	607 400	946 633	983 551	1 021 910	<b>3 968 558</b>
<b>SP doses de TPI3</b>	2 774 542	2 883 846	2 546 868	2 801 855	3 234 586	<b>14 241 697</b>
<b>SMC (AQ+SP (Blister))</b>	2 856 226	45 412 132	7 048 177	48 746 378	50 509 222	<b>154 572 135</b>
<b>Primaquine (Doses)</b>	0	598544	534744	501877	462612	<b>2 097 777</b>
<b>Besoins de financement PID en \$</b>	56 820	154 432	294 073	333 693	355 268	<b>1 194 286</b>

## ANNEXE 4 : BUDGET DETAILLE DU PLAN REVISE

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	MONTANT TOTAL (EURO)
	2014	2015	2016	2017	2018		
<b>Diagnostic et traitement du paludisme</b>							
<b>Diagnostic et traitement correct du paludisme dans les formations sanitaires</b>							
Acquérir 11 382 073 traitements d'ACT pour les formations sanitaires	1 334 009 715	1 386 580 134	1 242 435 657	1 141 701 192	1 031 162 052	<b>6 135 888 750</b>	<b>9 354 102</b>
Acquérir 2 097 777 traitements de primaquine pour les formations sanitaires des zones hypoendémiques	-	4 489 081	4 010 582	3 764 080	3 469 587	<b>15 733 331</b>	<b>23 985</b>
Acquérir 50 813 ampoules de 60 mg d'artésunate injectables pour la prise en charge des cas graves de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	-	5 058 128	9 064 601	12 494 489	15 046 368	<b>41 663 586</b>	<b>63 516</b>
Acquérir 31 917 ampoules de 20mg d'artémether injectable pour les cas graves chez les enfants de moins de 5 ans	-	1 570 602	3 518 318	6 466 117	8 760 104	<b>20 315 141</b>	<b>30 970</b>
Acquérir 77 207 Kits Enfants (< 5 ans) pour la prise en charge des cas graves de paludisme	186 869 454	180 637 228	147 935 416	119 948 011	93 890 051	<b>729 280 160</b>	<b>1 111 780</b>
Acquérir 28 870 ampoules de 60 mg d'artésunate injectables la prise en charge des cas graves de paludisme chez les plus de 5 ans	-	2 873 820	5 150 133	7 098 854	8 548 727	<b>23 671 534</b>	<b>36 087</b>
Acquérir 18134 traitements (ampoules de 80mg) d'artémether injectable pour la prise en charge des cas graves chez les plus de 5 ans	-	1 121 573	2 512 444	4 617 479	6 255 624	<b>14 507 119</b>	<b>22 116</b>
Acquérir 43 866 Kits Adultes (5 ans et plus) la prise en charge des cas graves de paludisme	132 714 410	128 288 293	105 063 514	85 186 901	66 680 576	<b>517 933 695</b>	<b>789 585</b>
Acquérir 31 356 ampoules de 20mg d'artémether injectable pour le traitement pré transfert pour les formations sanitaires	-	5 484 590	5 068 095	4 610 787	4 794 780	<b>19 958 252</b>	<b>30 426</b>

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
sans infrastructure d'hospitalisation ou de moyen pour la mise en observation chez les moins de 5 ans							
Acquérir 67 112 ampoules de 80mg d'arthémeter injectable pour le traitement pré transfert pour les formations sanitaires sans infrastructure d'hospitalisation ou de moyen pour la mise en observation chez les plus de 5 ans	-	14 754 066	13 633 656	12 403 455	12 898 411	<b>53 689 588</b>	<b>81 849</b>
Acquérir 14 846 101 TDR pour les formations sanitaires	2 867 534 000	2 921 581 000	2 975 896 000	3 062 278 000	3 018 811 000	<b>14 846 100 000</b>	<b>22 632 734</b>
Acquérir 90 microscopes électriques pour les laboratoires des formations sanitaires publiques	-	30 000 000	-	15 000 000	-	<b>45 000 000</b>	<b>68 602</b>
Acquérir 2 kits par laboratoire pour 156 laboratoires pour le diagnostic microscopique du paludisme	-	46 597 200	-	-	46 597 200	<b>93 194 400</b>	<b>142 074</b>
Doter le laboratoire de biologie du PNLP et les 3 sites sentinelles en matériel, réactifs et consommables pour le contrôle de qualité	-	21 900 000	-	21 900 000	-	<b>43 800 000</b>	<b>66 773</b>
Organiser un atelier de 5 jours de 26 personnes pour la révision des manuels de formation sur la prise en charge des cas de paludisme	-	3 779 500	-	-	3 779 500	<b>7 559 000</b>	<b>11 524</b>
Reproduire 1500 manuels de formation sur la prise en charge des cas de paludisme y compris les fiches techniques d'utilisation des TDR	-	5 250 000	-	-	5 250 000	<b>10 500 000</b>	<b>16 007</b>

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
Organiser une session de formation de 5 jours pour 1181 prestataires (du public et du privé) à tous les niveaux sur la prise en charge du paludisme y compris l'utilisation des TDR	-	241 464 200	-	-	241 464 200	<b>482 928 400</b>	<b>736 220</b>
Organiser 1 mission de supervision de suivi post formation de 10 jours à la prise en charge des cas de paludisme à tous les niveaux en 3 axes d'équipes de supervision de 4 personnes (2 NC, 1 NR, 1DS)	-	2 730 440	-	-	2 730 440	<b>5 460 880</b>	<b>8 325</b>
Organiser un atelier de 5 jours de 10 personnes de révision et d'adoption des modules de formation des techniciens de laboratoire	3 344 336	-	-	3 344 336	-	<b>6 688 672</b>	<b>10 197</b>
Reproduire 500 modules de formation des techniciens de laboratoire	1 000 000	-	-	1 000 000	-	<b>2 000 000</b>	<b>3 049</b>
Recycler 75 techniciens de laboratoire par an en diagnostic biologique du paludisme	-	14 828 800	14 828 800	14 828 800	14 828 800	<b>59 315 200</b>	<b>90 425</b>
Organiser 1 mission de supervision de suivi post formation de 10 jours pour les 75 techniciens de laboratoires à tous les niveaux en 3 axes d'équipes de supervision de 4 personnes (2 NC, 1 NR, 1DS)	-	2 730 440	2 730 440	2 730 440	2 730 440	<b>10 921 760</b>	<b>16 650</b>
Organiser 1 atelier de 5 jours de 15 personnes pour la révision des directives nationales pour le diagnostic et le traitement du paludisme	-	1 030 500	-	1 030 500	-	<b>2 061 000</b>	<b>3 142</b>
Organiser un atelier de 2 jours de validation pour 26 personnes des directives nationales pour le diagnostic et le traitement du paludisme	-	1 908 900	-	1 908 900	-	<b>3 817 800</b>	<b>5 820</b>
Reproduire le document des directives nationales pour le diagnostic et le traitement du paludisme en 4 000 exemplaires	-	7 000 000	-	7 000 000	-	<b>14 000 000</b>	<b>21 343</b>

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
Reproduire 4 500 fiches techniques (500 sur la microscopie GE et frottis mince, 4 000 sur les TDR)	-	6 750 000	-	6 750 000	-	13 500 000	20 581
Reproduire 12 000 fiches techniques du traitement du paludisme (4 000 pour paludisme simple, 4 000 pour paludisme grave, 4 000 pour prévention et la prise en charge du paludisme chez la femme enceinte)	-	18 000 000	-	18 000 000	-	36 000 000	54 882
<b>TOTAL PEC FS (FCFA)</b>	<b>4 525 471 915</b>	<b>5 056 408 493</b>	<b>4 531 847 656</b>	<b>4 554 062 342</b>	<b>4 587 697 860</b>	<b>23 255 488 266</b>	<b>35 452 763</b>
<b>PECADOM</b>							
Organiser 42 ateliers de microplanification de 2 jours pour 33 personnes en vue de la mise en œuvre de la PECADOM	19 265 828	21 736 279	21 736 279	21 736 279	21 736 279	106 210 942	161 918
Organiser 42 sessions de sélection des relais communautaires des villages ciblés pendant 3 jours pour 68 personnes	7 734 958	8 726 809	8 726 809	8 726 809	8 726 809	42 642 192	65 008
Organiser un atelier de 5 jours pour 33 personnes pour l'élaboration et la validation des directives sur la mise en œuvre de la prise en charge des cas de paludisme intégrant la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition	-	5 102 500	-	-	5 102 500	10 205 000	15 557
Reproduire les directives sur la mise en œuvre de la prise en charge des cas de paludisme intégrant la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition en 3 000 exemplaires	-	6 000 000	-	-	6 000 000	12 000 000	18 294
Organiser un atelier de 5 jours pour 19 personnes pour l'élaboration du guide du formateur à la prise en charge des cas de paludisme intégrant la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition	-	2 383 250	-	-	2 383 250	4 766 500	7 266

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
Reproduire le guide du formateur en prise en charge des cas de paludisme intégrant la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition en 200 exemplaires	-	450 000	-	-	450 000	<b>900 000</b>	<b>1 372</b>
Organiser un atelier de 5 jours pour 33 personnes pour la révision et la validation du manuel du relais communautaire	-	5 102 500	-	-	5 102 500	<b>10 205 000</b>	<b>15 557</b>
Reproduire le manuel du relais communautaire en 12 000 exemplaires	4 180 000	4 716 000	4 716 000	4 716 000	4 716 000	<b>23 044 000</b>	<b>35 130</b>
Organiser un atelier de 3 jours pour la formation de 25 formateurs (2 NR et 23 DS) sur la mise en œuvre de la PECADOM	18 878 536	21 299 324	21 299 324	21 299 324	21 299 324	<b>104 075 832</b>	<b>158 663</b>
Organiser 461 sessions de 5 jours pour la formation de 11 522 relais communautaires des zones ciblées sur la prise en charge des cas de paludisme intégrant la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition chez les enfants de 2 à 59 mois	200 228 354	225 903 568	225 903 568	225 903 568	225 903 568	<b>1 103 842 627</b>	<b>1 682 797</b>
Organiser 1 mission de suivi post formation de 10 jours des relais communautaires en 3 axes de 5 personnes (2 NC, 1 NR, 1 DS, 1 CSI)	3 186 164	7 730 440	7 730 440	7 730 440	7 730 440	<b>34 107 924</b>	<b>51 997</b>
Acquérir 1 333 880 traitements ACT pour le niveau communautaire	93 380 520	138 657 800	124 243 340	114 170 160	103 116 150	<b>573 567 970</b>	<b>874 399</b>
Acquérir 3 010 787 TDR pour le niveau communautaire	412 298 173	612 208 515	636 432 726	661 720 812	688 126 598	<b>3 010 786 824</b>	<b>4 589 915</b>
Acquérir 48 252 886 traitements de paracétamol (500 mg) pour le niveau communautaire	28 558 767	42 406 010	44 083 955	45 835 591	47 664 648	<b>208 548 972</b>	<b>317 931</b>
Acquérir 152 062 traitements de rectocaps pour le traitement pré transfert pour le niveau communautaire	11 593 319	17 214 553	15 424 982	14 174 352	12 801 995	<b>71 209 200</b>	<b>108 558</b>
Acquérir 11 522 kits pour les relais	107 217 000	120 965 400	120 965 400	120 965 400	120 965 400	<b>591 078 600</b>	<b>901 094</b>

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
Equiper 11 522 relais communautaires et 940 points focaux en téléphones mobiles avec leur application mHealth et une capacité de SIG pour la collecte des données et les processus d'orientation et de coordination de la gestion des cas entre les niveaux	565 127 148	637 593 213	637 593 213	637 593 213	637 593 213	<b>3 115 500 000</b>	<b>4 749 549</b>
Assurer les frais de communication téléphonique mensuelle des 11 522 relais communautaires et des 940 points focaux pour la transmission des données	135 630 516	153 022 371	153 022 371	153 022 371	153 022 371	<b>747 720 000</b>	<b>1 139 892</b>
Organiser une fois l'an dans les régions une journée de plaidoyers pour les acteurs (Privés, ONG et associations, autorités etc.)	785 400	785 400	1 570 800	1 570 800	1 570 800	<b>6 283 200</b>	<b>9 579</b>
Organiser 42 missions de plaidoyer au niveau des districts de 3 jours de 3 personnes à l'endroit des leaders d'opinion sur la prise en charge des cas de paludisme intégrant la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition	8 739 146	9 859 764	9 859 764	9 859 764	9 859 764	<b>48 178 200</b>	<b>73 447</b>
Organiser une campagne d'information, de sensibilisation et de communication de masse à l'endroit des populations sur la prise en charge des cas de paludisme intégrant la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition	1 251 696	1 251 696	2 503 392	2 503 392	2 503 392	<b>10 013 568</b>	<b>15 266</b>
Organiser 42 séances de sensibilisation de groupe sur la prise en charge des cas de paludisme intégrant la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition	547 616	617 836	617 836	617 836	617 836	<b>3 018 960</b>	<b>4 602</b>
<b>TOTAL Communauté (FCFA)</b>	<b>1 618 603 140</b>	<b>2 043 733 227</b>	<b>2 036 430 198</b>	<b>2 052 146 111</b>	<b>2 086 992 837</b>	<b>9 837 905 511</b>	<b>14 997 790</b>
<b>TOTAL PEC FS er Communauté (CFA)</b>	<b>6 144 075 055</b>	<b>7 100 141 720</b>	<b>6 568 277 854</b>	<b>6 606 208 453</b>	<b>6 674 690 697</b>	<b>33 093 393 778</b>	<b>50 450 554</b>
<b>Lutte contre les vecteurs du paludisme</b>							

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	MONTANT TOTAL (EURO)
	2014	2015	2016	2017	2018		
Requérir une Assistance Technique pour 15 jours pour l'élaboration du plan de lutte antivectorielle	0	7 500 000	0	0	0	7 500 000	11 434
Elaborer et valider un plan de lutte antivectoriel prenant en compte la gestion des pesticides et la résistance des vecteurs	0	10 981 332	0	0	0	10 981 332	16 741
Reproduire et diffuser à tous les niveaux 2000 exemplaires des directives nationales de LAV	0	5 000 000	0	0	0	5 000 000	7 622
Renforcer l'équipement et acquérir des réactifs et consommables pour le laboratoire d'entomologie du PNL	5 600 000	11 500 000	5 600 000	4 600 000	4 600 000	31 900 000	48 631
<b>Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA)</b>							
Effectuer le test d'efficacité biologique des MILDA destinées aux campagnes de distribution de masse	0	4 148 853	0	0	4 148 853	8 297 706	12 650
Acquérir 23 874 826 MILDA pour les campagnes de masse	4 564 563 520	29 757 701 710	0	0	35 272 852 560	69 595 117 790	106 097 073
Organiser 3 campagnes de distribution de masse des MILDA	1 288 289 725	4 390 718 822	0	0	5 069 886 472	10 748 895 019	16 386 585
Acquérir 4 943 682 MILDA par an pour la distribution en PEV de routine	2 662 896 225	2 767 836 225	2 877 352 775	2 991 681 990	3 111 065 815	14 410 833 030	21 969 173
<b>Pulvérisation Intra Domiciliaire</b>							
Réaliser une étude de base du paludisme dans les 6 districts sanitaires éligibles pour la PID	0	7 772 305	0	0	0	7 772 305	11 849
Organiser un atelier de 2 jours pour la formation de 8 formateurs des agents chargés de la cartographie des ménages des 6 districts sanitaires éligibles pour la PID	0	2 221 043	0	2 221 043	0	4 442 086	6 772



ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
Organiser un atelier de 2 jours dans chacun des 6 district pour la formation de 872 agents sur la cartographie des ménages	0	5 829 236	0	7 714 736	0	<b>13 543 971</b>	<b>20 648</b>
Réaliser une cartographie des ménages des 6 districts sanitaires éligibles pour la PID pendant 7 jours	0	29 602 540	0	33 124 000	0	<b>62 726 540</b>	<b>95 626</b>
Doter les 6 districts sanitaires éligibles pour la PID en intrants (insecticides, équipement, supports etc.) pour la PID	0	293 225 740	330 900 345	369 092 009	380 587 605	<b>1 373 805 699</b>	<b>2 094 353</b>
Elaborer une stratégie de communication sur la PID dans les 6 districts sanitaires éligibles pour la PID	0	7 454 415	0	7 454 415	0	<b>14 908 830</b>	<b>22 728</b>
Organiser un atelier de 2 jours en 2 sessions pour la formation de 47 formateurs/superviseurs des agents chargés de la PID dans les ménages des 6 districts sanitaires éligibles pour la PID	0	8 562 362	0	8 562 362	0	<b>17 124 724</b>	<b>26 106</b>
Organiser un atelier de 2 jours pour la formation de 95 superviseurs de proximité pour l'application de la PID dans les 6 districts sanitaires éligibles pour la PID	0	8 945 150	8 945 150	8 945 150	8 945 150	<b>35 780 600</b>	<b>54 547</b>
Organiser un atelier de 7 jours pour la formation de 1434 agents chargés de la mise en œuvre de la PID dans les 6 districts sanitaires éligibles	0	18 843 176	24 410 451	30 927 101	33 984 726	<b>108 165 452</b>	<b>164 897</b>
Organiser deux campagnes de PID par an dans les 6 districts sanitaires éligibles pour la PID	0	208 187 542	254 207 542	322 480 942	351 807 292	<b>1 136 683 318</b>	<b>1 732 863</b>
Réaliser une étude post campagne PID sur la situation épidémiologique et entomologique du paludisme dans les 6 districts sanitaires éligibles pour la PID	0	7 772 305	7 772 305	7 772 305	7 772 305	<b>31 089 219</b>	<b>47 395</b>

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
<b>Lutte Anti Larvaire</b>							
Appuyer la cartographie des gîtes larvaires des 44 districts sanitaires	14 500 000	14 500 000	14 500 000	14 500 000	14 500 000	<b>72 500 000</b>	<b>110 526</b>
Réaliser 1 test d'efficacité et de rémanence des larvicides tous les ans	4 433 798	4 433 798	4 433 798	4 433 798	4 433 798	<b>22 168 988</b>	<b>33 796</b>
Réaliser un suivi entomologique au cours des 5 campagnes de traitement des gîtes	7 122 748	7 122 748	7 122 748	7 122 748	7 122 748	<b>22 168 988</b>	<b>33 796</b>
Appuyer la mise en œuvre du plan CEDEAO de lutte anti larvaire	0	14 500 000	14 500 000	14 500 000	14 500 000	<b>35 613 738</b>	<b>54 293</b>
Acquérir chaque année, 40 Kits (brouettes, pèle, râteau, pioche, balais, gants, bavettes) de destruction de gîtes larvaires pour appuyer 5 (communautés, ONG et associations) dans l'organisation des campagnes de salubrité	0	2 752 000	2 752 000	2 752 000	2 752 000	<b>58 000 000</b>	<b>88 420</b>
<b>TOTAL LAV (FCFA)</b>	<b>8 547 406 016</b>	<b>37 597 111 300</b>	<b>3 552 497 113</b>	<b>3 837 884 598</b>	<b>44 288 959 323</b>	<b>97 823 858 349</b>	<b>149 131 511</b>
<b>Prévention du paludisme pendant la grossesse</b>							
ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	MONTANT TOTAL (EURO)
	2014	2015	2016	2017	2018		
Acquérir 14 542 720 doses de SP pour le TPI en CPN fixes et foraines pour 5 ans	77 191 590	101 733 695	105 759 150	109 961 390	114 349 375	<b>508 995 200</b>	<b>775 958</b>
Acquérir 4 660 290 MILDA pour les femmes enceintes lors des CPN	2 347 697 275	2 440 213 545	2 818 633 015	2 930 627 315	3 047 574 200	<b>13 584 745 350</b>	<b>20 709 811</b>
Equiper les CS/CSI en kit TPI (bidons d'eau, bols en plastique, seaux)	0	17 000 000	0	17 000 000	0	<b>34 000 000</b>	<b>51 833</b>
<b>TOTAL PFE (FCFA)</b>	<b>2 424 888 865</b>	<b>2 558 947 240</b>	<b>2 924 392 165</b>	<b>3 057 588 705</b>	<b>3 161 923 575</b>	<b>14 127 740 550</b>	<b>21 537 602</b>
<b>Chimio prévention du paludisme saisonnier</b>							
ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	MONTANT TOTAL (EURO)
	2014	2015	2016	2017	2018		
Réunions de Coordination, Plaidoyer et Plan de mise en œuvre	3 500 000	14 300 000	14 660 000	14 660 000	14 660 000	<b>61 780 000</b>	<b>94 183</b>

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
	2014	2015	2016	2017	2018		
Elaboration du microplan	0	195 540 916	231 051 784	231 051 784	231 051 784	888 696 268	1 354 809
Formations en cascade	0	72 720 000	75 600 000	79 200 000	82 800 000	310 320 000	473 080
Suivi de la mise en œuvre (supervision, pharmacovigilance)	0	333 027 648	333 027 648	333 027 648	333 027 648	1 332 110 592	2 030 790
Evaluations et Etudes	0	149 326 624	199 326 624	199 326 624	199 326 624	747 306 496	1 139 261
Communication et Mobilisation sociale	0	613 171 564	613 271 564	613 371 564	613 471 564	2 453 286 256	3 740 011
Mise en œuvre	824 307 096	1 049 756 600	1 049 956 600	1 050 156 600	1 050 356 600	5 024 533 496	7 659 852
Acquisition des Intrants (AQ+SP ainsi les médicaments pour les effets indésirables)	1 302 439 056	2 290 767 795	2 373 296 417	2 458 960 923	2 547 885 651	10 973 349 842	16 728 764
<b>TOTAL CPS</b>	<b>2 130 246 152</b>	<b>4 718 611 147</b>	<b>4 890 190 637</b>	<b>4 979 755 143</b>	<b>5 072 579 871</b>	<b>21 791 382 950</b>	<b>33 220 749</b>
<b>Prévention et réponse aux épidémies de paludisme / situation d'urgence</b>							
ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL (CFA)	MONTANT TOTAL (EURO)
	2014	2015	2016	2017	2018		
Organiser un atelier de 5 jours 15 personnes pour l'élaboration d'un plan de lutte contre les épidémies de paludisme	-	2 372 686	-	-	-	2 372 686	3 617
Organiser un atelier de validation de 3 jours de (24 personnes) du plan de lutte contre les épidémies de paludisme	-	2 362 400	-	-	-	2 362 400	3 601
Reproduire et diffuser le plan national et les directives de lutte contre les épidémies en 1500 exemplaires.	-	3 375 000	-	-	-	3 375 000	5 145
Organiser un atelier de validation des données de routines dans les districts à risque épidémique en vue de la révision du seuil d'alerte épidémique	-	40 972 736	-	-	40 972 736	81 945 472	124 925
Organiser une session de formation/recyclage de 3 jours des équipes cadres des 16 districts à risque épidémique sur la gestion des épidémies de paludisme	-	61 377 858	-	-	61 377 858	122 755 716	187 140

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
	2014	2015	2016	2017	2018		
Organiser chaque année une session de formation de 600 agents de santé des CSI en gestion des épidémiologie du Paludisme (surveillance et riposte) pendant 3 ans	-	32 200 608	32 200 608	32 200 608	-	96 601 824	147 269
Doter 59 formateurs sanitaires (6 CHR+3MR+7 CSME+3HNN+1HARME+39 DS) et 3 sites sentinelles en stock de sécurité pour la gestion des épidémies	-	163 901 760	163 901 760	163 901 760	163 901 760	655 607 040	999 466
Organiser un atelier pour revoir les seuils épidémiques	-	27 000 000	-	-	-	27 000 000	41 161
<b>TOTAL(CFA)</b>	<b>0</b>	<b>333 563 048</b>	<b>196 102 368</b>	<b>196 102 368</b>	<b>266 252 354</b>	<b>992 020 138</b>	<b>1 512 325</b>
<b>Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale</b>							
ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL (CFA)	MONTANT TOTAL (EURO)
	2014	2015	2016	2017	2018		
Commémorer la journée mondiale de lutte contre le paludisme	29 718 680	29 718 680	29 718 680	29 718 680	29 718 680	148 593 400	226 529
Concevoir et produire 10000 supports de sensibilisation et de communication de masse sur la fréquentation des centres de santé, la connaissance du paludisme tous les 2 ans	0	40 000 000	0	40 000 000	0	80 000 000	121 959
Diffuser des messages de sensibilisation de masse sur la fréquentation des centres de santé et la connaissance du paludisme à travers les médias de masse (radios et TV)	5 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	65 000 000	99 092
Concevoir et produire 1000 pagis, tous les 2 ans pour la communication de proximité.	0	19 000 000	0	19 000 000	0	38 000 000	57 931
Multiplier 10 000 supports (livrets scolaires) de mobilisation sociale tous les 2 ans.	0	15 000 000	0	15 000 000	0	30 000 000	45 735

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
Signer un contrat de prestation de service avec une troupe théâtrale pour la sensibilisation sur le paludisme	0	8 000 000	0	0	8 000 000	<b>16 000 000</b>	<b>24 392</b>
Organiser 3 réunions de plaidoyer auprès des institutions étatiques, des partenaires techniques et financiers, des institutions internationales, nationales et le secteur privé pour la mobilisation des financements en faveur de la lutte contre le paludisme.	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	<b>45 000 000</b>	<b>68 602</b>
Organiser une fois l'an dans les régions et districts une journée de plaidoyer pour les acteurs (Privés, ONG et associations, autorités etc.)	0	26 265 600	26 265 600	26 265 600	26 265 600	<b>105 062 400</b>	<b>160 167</b>
Informier et sensibiliser les communautés sur le paludisme au cours des manifestations culturelles d'envergure nationale (championnat de lutte traditionnelle, proclamation de la République, Hotoungo, Bali Bali, cure salée, etc.)	7 718 000	27 718 680	27 718 680	27 718 680	27 718 680	<b>118 592 720</b>	<b>180 793</b>
Organiser chaque année la Semaine nationale de mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le Paludisme	40 059 460	40 059 460	40 059 460	40 059 460	40 059 460	<b>200 297 300</b>	<b>305 351</b>
Organiser des campagnes de projections nocturnes à travers les cinémas numériques ambulants en faveur de la lutte contre le paludisme au niveau des villages et groupements	4 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	<b>124 000 000</b>	<b>189 037</b>
Organiser des séances de sensibilisation en collaboration avec les responsables des groupements féminins et associations locales en faveur de la lutte contre le paludisme dans les régions	5 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	<b>125 000 000</b>	<b>190 561</b>

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
Appuyer les associations religieuses pour organiser des séances de sensibilisation sur le paludisme	5 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	<b>85 000 000</b>	<b>129 582</b>
Organiser des tournées régionales de sensibilisation en impliquant les leaders coutumiers en faveur de la lutte contre le paludisme	0	64 000 000	64 000 000	64 000 000	64 000 000	<b>256 000 000</b>	<b>390 269</b>
Organiser des téléthons au niveau national pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme	0	8 450 000	8 450 000	8 450 000	8 450 000	<b>33 800 000</b>	<b>51 528</b>
Utiliser les compagnies de transports inter urbains (bus) pour la diffusion des messages sur le paludisme	1 000 000	2 350 000	2 350 000	2 350 000	2 350 000	<b>10 400 000</b>	<b>15 855</b>
Contractualiser avec les agences de communication pour la diffusion des messages sur la lutte contre le paludisme au niveau des écrans numériques placés dans les banques et autres services de concentration,	2 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	<b>30 000 000</b>	<b>45 735</b>
Organiser Chaque année une campagne de sensibilisation en collaboration avec les députés juniors des 8 régions en faveur de la lutte contre le paludisme	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	<b>75 000 000</b>	<b>114 337</b>
Rendre opérationnel le site Web du PNLP (hébergement, animation et maintenance)	500 000	2 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	<b>7 500 000</b>	<b>11 434</b>
Former les gestionnaires du site (2 Agents PNLP du siège)	0	5 000 000	0	0	0	<b>5 000 000</b>	<b>7 622</b>
Organiser une journée de lancement du site web du PNLP	0	5 000 000	0	0	0	<b>5 000 000</b>	<b>7 622</b>

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
	2014	2015	2016	2017	2018		
Produire des supports de visibilité de PNL (dépliant, rapport annuel, badges, calendriers, gilets, porte document, porte clé, stylo,..)	0	10 000 000	15 000 000	20 000 000	20 000 000	<b>65 000 000</b>	<b>99 092</b>
Organiser chaque année une campagne "Ecoliers contre le paludisme "	3 655 376	3 655 376	3 655 376	3 655 376	3 655 376	<b>18 276 880</b>	<b>27 863</b>
Organiser un atelier de 3 jours de 30 personnes pour la révision et la validation du plan de communication	0	10 000 000	0	0	0	<b>10 000 000</b>	<b>15 245</b>
Reproduire le plan de communication en 500 exemplaires	0	2 500 000	0	0	2 500 000	<b>5 000 000</b>	<b>7 622</b>
Editer, diffuser le bulletin "Anophèle" en 1500 exemplaires	0	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	<b>32 000 000</b>	<b>48 784</b>
<b>TOTAL IEC&amp;CCC&amp;MS (FCFA)</b>	<b>127 651 516</b>	<b>453 217 796</b>	<b>352 717 796</b>	<b>431 717 796</b>	<b>368 217 796</b>	<b>1 733 522 700</b>	<b>2 642 738</b>
<b>Capacités institutionnelles et gestion de la lutte contre le paludisme</b>							
ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL (CFA)	MONTANT TOTAL (EURO)
	2014	2015	2016	2017	2018		
Organier 4 réunions de concertation par an dans le cadre de collaboration entre le PNL, les structures sanitaires privées nationales, les institutions d'enseignement et de recherche scientifique nationales et internationales	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	<b>10 200 000</b>	<b>15 550</b>
Organiser 4 missions, réunions de suivi trimestriel avec des partenaires/ONG sur la mise en œuvre de la PECADOM	26 566 400	26 566 400	26 566 400	26 566 400	26 566 400	<b>132 832 000</b>	<b>202 501</b>
Payer les salaires des 9 agents contractuels Fonds mondial	22 563 186	30 786 372	30 786 372	30 786 372	30 786 372	<b>145 708 674</b>	<b>222 131</b>
Assurer le carburant et l'entretien du groupe électrogène du PNL	2 495 424	2 495 424	2 495 424	2 495 424	2 495 424	<b>12 477 120</b>	<b>19 021</b>
Assurer la maintenance du parc informatique du PNL	1 200 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	<b>6 000 000</b>	<b>9 147</b>

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
Contracter une police d'assurance pour le parc auto du PNLP	700 000	700 000	700 000	700 000	700 000	<b>3 500 000</b>	<b>5 336</b>
Assurer la maintenance mensuelle pour 8 véhicules des DRSP	4 800 000	4 800 000	4 800 000	4 800 000	4 800 000	<b>24 000 000</b>	<b>36 588</b>
Payer les indemnités du personnel non contractuel du PNLP	19 962 660	22 704 660	22 704 660	22 704 660	22 704 660	<b>110 781 300</b>	<b>168 885</b>
Payer Service mensuel des 8 Chauffeurs (R7) PNLP (100%)	9 275 010	9 738 761	10 225 699	10 736 983	11 273 833	<b>51 250 285</b>	<b>78 131</b>
Payer les indemnités trimestrielles des 8 Coordonnateurs Régionaux du Paludisme	12 857 220	12 857 220	12 857 220	12 857 220	12 857 220	<b>64 286 100</b>	<b>98 004</b>
Payer les indemnités trimestrielles des 8 Communicateurs DRSP	6 857 824	6 857 824	6 857 824	6 857 824	6 857 824	<b>34 289 120</b>	<b>52 273</b>
Payer les indemnités trimestrielles de l'Equipe Cadre District Sanitaire. L'ECD est composée de 5 personnes : le Médecin Chef, l'adjoint au Médecin chef de district, Communicateur, le suivi évaluation CSE, Pharmacien district).	161 143 824	161 143 824	161 143 824	161 143 824	161 143 824	<b>805 719 120</b>	<b>1 228 311</b>
Acheter le carburant pour 2 véhicules (Station Wagon et Pick Up) - 1 000 km/Mois	3 733 602	3 733 602	3 733 602	3 733 602	3 733 602	<b>18 668 010</b>	<b>28 459</b>
Assurer la maintenance mensuelle et réparation 2 véhicules (Station Wagon et Pick Up)	79 975	79 975	79 975	79 975	79 975	<b>399 875</b>	<b>610</b>
Assurer l'entretien et la réparation de la moto de liaison	179 732	179 732	179 732	179 732	179 732	<b>898 660</b>	<b>1 370</b>
Assurer l'essence de la moto de liaison	388 982	388 982	388 982	388 982	388 982	<b>1 944 910</b>	<b>2 965</b>
Acquérir 1 véhicule Station Wagon de supervision	28 322 000	-	-	-	-	<b>28 322 000</b>	<b>43 177</b>
Acquérir 1 véhicule Pick Up	22 015 000	-	-	-	-	<b>22 015 000</b>	<b>33 562</b>
Acquérir Acheter 4 ordinateurs portables : 1 Responsable S&E PNLP, 1 Entomologiste, 1 Coordinatrice, 1 Coordonnateur Adjoint	4 236 448	-	-	-	-	<b>4 236 448</b>	<b>6 458</b>



ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
Acquérir Acheter 1 photocopieur de grande capacité	6 330 800	-	-	-	-	<b>6 330 800</b>	<b>9 651</b>
Acquérir Acheter 1 scanner	821 100	-	-	-	-	<b>821 100</b>	<b>1 252</b>
Acquérir Acheter 3 disques externes pour 3 gestionnaires de données	333 000	-	-	-	-	<b>333 000</b>	<b>508</b>
Elaborer et valider un manuel de procédures comptable et financière	-	25 000 000	-	-	-	<b>25 000 000</b>	<b>38 112</b>
Elaborer et valider 1 Business plan	-	15 000 000	-	-	-	<b>15 000 000</b>	<b>22 867</b>
Renforcer la capacité de 4 agents (SE/Finance/Appro)	-	11 224 724	-	-	-	<b>11 224 724</b>	<b>17 112</b>
Acheter une moto pour les liaisons internes de service du PNLP	500 000	-	-	-	-	<b>500 000</b>	<b>762</b>
Equiper 11 522 relais communautaires et 940 points focaux en téléphones mobiles avec leur application mHealth et une capacité de SIG pour la collecte des données et les processus d'orientation et de coordination de la gestion des cas entre les niveaux	709 000 000	601 000 000	601 000 000	601 000 000	601 000 000	<b>3 113 000 000</b>	<b>4 745 738</b>
Assurer les frais de communication téléphonique mensuels des 11 522 relais communautaires et des 940 points focaux pour la transmission des données	170 160 000	314 400 000	458 640 000	602 880 000	747 120 000	<b>2 293 200 000</b>	<b>3 495 961</b>
Former 2 agents du PNLP en santé communautaire sur 3 ans	-	16 000 000	16 000 000	16 000 000	-	<b>48 000 000</b>	<b>73 176</b>
Elaborer et valider les 05 documents de gestion du PNLP (manuels de procédures de gestion administratives, financières et comptables du PNLP, business plan, plan GAS; plan de communication, plans annuels de mise en œuvre)	-	13 943 376	-	-	-	<b>13 943 376</b>	<b>21 257</b>

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
Reproduire les documents de gestion du PNLN (directives, fiches technique, plan gestion épidémie, PSN, PSE, GAS)	15 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	115 000 000	175 316
Acquérir un logiciel de comptabilité	-	15 000 000	-	-	15 000 000	30 000 000	45 735
Former 12 agents à l'utilisation du logiciel de comptabilité	-	120 000	-	-	15 000 000	15 120 000	23 050
Former 4 agents de suivi -évaluation en gestion de base de données	-	10 000 000	-	10 000 000	-	20 000 000	30 490
Renforcer les capacités de 2 agents de PNLN en entomologie	-	10 000 000	-	-	-	10 000 000	15 245
Former 02 agents du PNLN en communication pour le développement	-	4 000 000	-	4 000 000	-	8 000 000	12 196
Former tous les ans 20 agents prestataires en paludologie	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	75 000 000	114 337
Former 2 agents en Parasitologie et en Techniques Biomoléculaires	-	9 000 000	-	-	-	9 000 000	13 720
Acquérir 10 ordinateurs portables et 10 ordinateurs de bureaux pour le PNLN	-	25 000 000	-	-	-	25 000 000	38 112
Former 2 agents du PNLN en Système d'Information Géographique (SIG) pour la cartographie des habitations et des gîtes larvaires	-	4 000 000	-	-	-	4 000 000	6 098
Assurer le fonctionnement du cadre de coordination des parties prenantes dans la lutte contre le paludisme ;	1 200 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	6 000 000	9 147
Assurer le fonctionnement du PNLN (Carburant de liaison, fournitures de bureau et consommables informatiques, abonnement téléphonique et internet, eau, électricité)	15 600 000	15 600 000	15 600 000	15 600 000	15 600 000	78 000 000	118 910
Organiser une réunion de coordination au niveau national par an	7 793 559	7 793 559	7 793 559	7 793 559	7 793 559	38 967 794	59 406

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
Réaliser une revue à mi-parcours du plan stratégique ;	-	-	12 781 000	-	-	12 781 000	19 485
Construire et équiper un bâtiment pour le PNLN	-	450 000 000	100 000 000	-	-	550 000 000	838 470
Acquérir et installer un Vsat avec ses accessoires	-	2 000 000	-	-	-	2 000 000	3 049
Assurer la participation des cadres du PNLN aux conférences internationales	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000	76 225
Doter le programme en matériel roulant ( 02 motos. 1 Véhicule) ;	19 700 000	-	-	-	-	19 700 000	30 032
Réaliser la revue finale du plan stratégique 2011-2015;	-	-	35 000 000	-	-	35 000 000	53 357
Elaborer et valider le plan stratégique 2016-2020 du PNLN ;	-	-	37 000 000	-	35 000 000	72 000 000	109 763
Contribuer au fonctionnement et au suivi du laboratoire Sino - Nigérien	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000	76 225
Former tous les 2 ans 2 cadres du PNLN en management des projets	-	8 500 000	-	8 500 000	-	17 000 000	25 916
Former 2 cadres du PNLN en passation de Marché	-	10 000 000	-	-	-	10 000 000	15 245
Organiser 2 sessions d'information sensibilisation de 2 jours à l'endroit de 42 enseignants des écoles de santé publiques et privées à l'introduction des directives de PEC du paludisme dans les curricula de formation de base	-	3 577 400	-	3 577 400	-	7 154 800	10 907
Organiser une session de sensibilisation de 2 jours à l'endroit de 290 prestataires du secteur privé de santé à Niamey et à Zinder sur l'application des directives nationales pour le diagnostic et le traitement du paludisme	-	11 739 900	-	11 739 900	-	23 479 800	35 795

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
	2014	2015	2016	2017	2018		
Former 40 agents (agents PNLN, coordonnateurs régionaux et communicateurs des DRSP) à l'utilisation du site WEB du PNLN	-	7 600 000	-	-	-	7 600 000	11 586
Former périodiquement l'administrateur en matière de gestion numérique du site WEB du PNLN	-	712 000	712 000	712 000	712 000	2 848 000	4 342
Assurer un suivi et refonte périodique du site WEB pour l'adapter aux nouvelles exigences technologiques	-	-	870 000	870 000	870 000	2 610 000	3 979
<b>Gestion des Achats et des Stocks (GAS)</b>							
Organiser un atelier de 5 jours pour 15 personnes pour l'élaboration du module de formation en gestion des stocks des Intrants de Lutte contre le Paludisme (TDR, réactifs et consommables de laboratoire, ACT, Quinine; SP...)	-	6 434 800	6 434 800	6 434 800	6 434 800	25 739 200	39 239
Mettre en place les intrants et les outils de gestion dans les formations sanitaires.	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	225 000 000	343 010
Organiser un atelier de 14 jours de 10 personnes pour l'élaboration et la validation du plan GAS	15 000 000	-	-	-	-	15 000 000	22 867
<b>TOTAL RCG&amp;C PNLN (FCFA)</b>	<b>1 370 855 746</b>	<b>1 990 118 534</b>	<b>1 684 791 072</b>	<b>1 682 578 657</b>	<b>1 838 538 206</b>	<b>8 566 882 216</b>	<b>13 060 128</b>
<b>Suivi/évaluation et Recherche Opérationnelle</b>							
INTERVENTIONS	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCA)	MONTANT TOTAL (EURO)
	2014	2015	2016	2017	2018		
Renforcement des compétences des personnels impliqués dans le suivi/évaluation des activités de lutte antipaludiques	0	737 910 000	70 000 000	620 550 000	68 360 000	1 496 820 000	2 281 887
Amélioration du cadre de travail des équipes du PNLN et des autres structures impliquées dans le système de suivi/évaluation à travers la fourniture d'équipements et matériels	729 000 000	752 586 400	814 586 400	794 586 400	674 586 400	3 765 345 600	5 740 232

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL	MONTANT
nécessaires							
Développement d'outils de qualité pour la collecte des données de paludisme et le suivi de la mise en œuvre des activités	0	95 327 154	48 400 000	50 400 000	52 400 000	<b>246 527 154</b>	<b>375 828</b>
Développement d'un système d'assurance qualité des données de paludisme	599 835 130	703 477 870	703 477 870	703 477 870	703 477 870	<b>3 413 746 610</b>	<b>5 204 223</b>
Documentation des bonnes pratiques et des progrès du programme pour constituer des bases factuelles	50 500 000	1 622 376 880	402 000 000	232 000 000	1 567 000 000	<b>3 873 876 880</b>	<b>5 905 687</b>
<b>TOTAL S&amp;E/RO (FCFA)</b>	<b>1 379 335 130</b>	<b>3 911 678 304</b>	<b>2 038 464 270</b>	<b>2 401 014 270</b>	<b>3 065 824 270</b>	<b>12 796 316 244</b>	<b>19 507 858</b>
<b>TOTAL BUDGT PAR ANNEE (CFA)</b>	<b>22 124 458 479</b>	<b>58 663 389 089</b>	<b>22 207 433 275</b>	<b>23 192 849 990</b>	<b>64 736 986 092</b>	<b>190 925 116 925</b>	<b>291 063 464</b>
<b>TOTAL BUDGT PAR ANNEE (EURO)</b>	<b>33 728 520</b>	<b>89 431 760</b>	<b>33 855 014</b>	<b>35 357 272</b>	<b>98 690 899</b>	<b>291 063 464</b>	

**ANNEXE 5 : CADRE DE PERFORMANCE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2011-2015 REVISE**

INDICATEURS	DEFINITION OPERATIONNELLE	Données de base			Cibles 2014-2018	Source	Responsable	Fréquence
		Valeur de base	Année de base	Source	2018			
Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dans la population générale et faire en sorte que le paludisme ne soit plus un problème de santé publique.								
<b>Indicateurs d'Impact</b>					17,25	20	1,97%	
Incidence du paludisme confirmé (Cas externe et cas hospitalisés)	<b>Numérateur</b> : Nombre de cas de paludisme confirmés notifiés dans les formations sanitaires x 1000 <b>Dénominateur</b> : Population totale dans la zone couverte	67	2013	Annuaire statistique	23	Rapport PNLN/SNIS	PNLN/SNIS	Annuelle
Incidence du paludisme grave (chez les hospitalisés dans les hôpitaux et formations sanitaires avec lits)	<b>Numérateur</b> : Nombre de cas de paludisme confirmés notifiés x 10 000 <b>Dénominateur</b> : Population totale dans la zone couverte	131	2013	Annuaire statistique	33	Rapport PNLN/SNIS	PNLN/SNIS	Annuelle
Incidence des décès liés au paludisme chez les hospitalisés (hôpitaux, autres structures avec lits)	<b>Numérateur</b> : Nombre de décès dû au paludisme x1000 <b>Dénominateur</b> : Population totale dans la zone couverte	0,13	2013	Annuaire statistique	0,03	Rapport PNLN/SNIS	PNLN/SNIS	Annuelle

Prevalence parasitaire du paludisme chez les enfant 6 à 59 mois enquêtés dans la population générale	<p><b>Numérateur</b> : Nombre de porteurs de Plasmodium confirmés (microscopie) chez les enfants âgés de moins de 5 ans x 100</p> <p><b>Dénominateur</b>: Population totale d'enfants âgés de moins de 5 ans enquêtés</p>	ND	2013	MIS, EDS, MICS		MIS, EDS, MICS	MSP/PNLP/ Partenaires	Tous les 3 à 5 ans
Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois	<p><b>Numérateur</b> : Enfants de 6 à 59 mois avec un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl) x 100</p> <p><b>Dénominateur</b>: Enfants de 6 à 59 mois dont le taux d'hémoglobine a été mesuré lors de l'enquête</p>	ND	2013	MIS, EDS, MICS		MIS, EDS, MICS	MSP/PNLP/ Partenaires	Tous les 3 à 5 ans
Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes	<p><b>Numérateur</b> : Femmes enceintes avec un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl x 100 (anémie sévère)</p> <p><b>Dénominateur</b>: Nombre de femmes enceintes dont le taux d'Hb a été mesuré lors de l'enquête</p>	ND	2013	MIS, EDS, MICS		MIS, EDS, MICS	MSP/PNLP/ Partenaires	Tous les 3 à 5 ans

Taux de positivité des tests de diagnostic du paludisme (Microscopie et/ou TDR) chez les patients (externe et hospitalisés)	<b>Numérateur</b> : Nombre de cas de paludisme confirmés x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre de patients ayant bénéficiés d'un test de diagnostic du paludisme (Microscopie ou TDR)	47%	2013	Annuaire statistique	47	Rapport PNLP/SNIS	PNLP	Mensuel, Annuel
Létalité hospitalière attribuable au paludisme	<b>Numérateur</b> : Nombre de décès dû au paludisme chez les hospitalisés (hôpitaux, autres) x100 <b>Dénominateur</b> : Nombre de cas de paludisme (grave et simple) dans les structures ciblées	5%	2013	Annuaire statistique	0,01	Rapport PNLP/SNIS	PNLP/SNIS	Mensuel, Annuel
<b>Indicateurs de résultats ou effets (Couvertures)</b>								
<b>Réduire de 75% l'incidence du paludisme d'ici 2018</b>								
Proportion de ménages possédant au moins une MILDA	<b>Numérateur</b> : Nombre de ménages disposant d'au moins une MILDA x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de ménages enquêtés	60%	2013	EDSN/2012	100%	Enquête de couverture, MICS, MIS, EDS	MSP/PNLP/Partenaires	Tous les 3 à 5 ans



Proportion de ménages avec au moins une MILDA pour chaque 2 personnes	<b>Numérateur</b> : Nombre de ménages disposant d'au moins une MILDA pour 2 personnes x100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total ménages enquêtés	ND				Enquête de couverture, MICS, MIS, EDS	MSP/PNLP/ Partenaires	Tous les 3 à 5 ans
Proportion de personnes à risque de paludisme, tous âges confondus, ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	<b>Numérateur</b> : nombre de personnes, tous âges confondus, ayant dormi sous MILDA dans le ménage la veille de l'enquête <b>Dénominateur</b> : nombre total de personnes ayant dormi dans les ménages la veille de l'enquête	ND	2012		100%	Enquête de couverture, MICS, MIS, EDS	MSP/PNLP/ Partenaires	Tous les 3 à 5 ans
Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	<b>Numérateur</b> : Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA dans les ménages la veille de l'enquête <b>Dénominateur</b> : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi dans les ménages la veille de l'enquête	23,90%	2012	EDSN/2012	100%	Enquête de couverture, MICS, MIS, EDS	MSP/PNLP/ Partenaires	Tous les 3 à 5 ans

Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	<b>Numérateur</b> : Nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA dans les ménages la veille de l'enquête <b>Dénominateur</b> : Nombre total de femmes enceintes ayant dormi dans les ménages la veille de l'enquête	29,4%	2012	EDSN/2012	100%	Enquête de couverture, MICS, MIS, EDS	MSP/PNLP/Partenaires	Tous les 3 à 5 ans
Pourcentage de la population à risque de paludisme protégée par la PID dans les zones ciblées	<b>Numérateur</b> : Nombre de personnes protégées par la PID <b>Dénominateur</b> : Nombre de personnes dans les zones ciblées par la PID	1%	2012	EDSN /2012	100%	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Proportion de femmes ayant reçu <b>au moins</b> 3 doses de TPI au cours des CPN durant leur dernière grossesse	<b>Numérateur</b> : Nombre de femmes ayant reçu <b>au moins</b> 3 doses de TPI durant leur dernière grossesse qui a abouti à une naissance vivante au cours des 2 dernières années x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de femmes enquêtées qui ont	72%	2013	Annuaire statistique	100%	Enquête de couverture, MICS, MIS, EDS	MSP/PNLP/Partenaires	Tous les 3 à 5 ans

	eu une naissance vivante durant les deux dernières années								
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	<p><b>Numérateur</b> : Nombre d'enfants de 3-59 mois ayant reçu leurs doses de CPS au cours des 4 passages pendant la saion de haute transmission palustre précédant l'enquête x 100</p> <p><b>Dénominateur</b> : Nombre d'enfants de 3-59 mois enquêtés devant prendre les doses de CPS au cours des 4 passages pendant la saion de haute transmission palustre précédant l'enquête</p>	?	2013	Rapport de mise en œuvre (CPS)	?	Rapport de mise en œuvre (CPS)	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel	
<b>Réduire de 75% la mortalité liée au paludisme d'ici 2018</b>									

Pourcentage de cas suspects de paludisme soumis à un test de diagnostic de paludisme (TDR ou microscopie)	<p><b>Numérateur</b> : Nombre total de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR, GE) x 100</p> <p><b>Dénominateur</b> : Nombre total de cas suspects de paludisme consultés</p>	42	2013	Annuaire statistique	98%	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Pourcentage de patients avec fièvre/paludisme suspect qui ont bénéficié d'un test TDR au niveau communautaire (Relais) selon les directives nationales	<p><b>Numérateur</b>: Nombre des TDR réalisés par les relais communautaires</p> <p><b>Denominateur</b>: Nombre des patients vus par les relais communautaires avec fièvre/paludisme suspect</p>	100%	2013	Rapport de mise en œuvre PECADOM	100%	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Taux annuel d'examens sanguins (Annual Blood Examination Rate = ABER)	<p><b>Numérateur</b> : Nombre annuel de patients soumis à un examen TDR ou microscopie x 1000</p> <p><b>Dénominateur</b> : Population totale dans la zone couverte</p>	ND	2013	apport d'enquete	?	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Annuel

Pourcentage des cas de paludisme grave vus dans les formations sanitaires publiques ayant bénéficié d'un traitement approprié conformément aux directives nationales	<b>Numérateur</b> : Nombre de cas de paludisme ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les hôpitaux publics et privés x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre de cas de paludisme hospitalisés étudiés	75,83%	2013	Rapport PNLP	90%	Rapport PNLP (Enquête spéciale)	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Pourcentage des cas de paludisme simple confirmés enregistrés et pris en charge correctement aux niveaux des formations sanitaires publiques	<b>Numérateur</b> : Nombre de malade avec paludisme simple vus dans les formations sanitaires ayant reçu un traitement CTA approprié x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre de cas de paludisme simple enregistrés dans les formations sanitaires étudiés	106%	2014	Rapport PNLP	100%	Rapport PNLP (Enquête spéciale)	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Proportion d'enfants de moins de <5 ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers signes	<b>Numérateur</b> : Nombre d'enfants <5 ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre x 100 <b>Dénominateur</b> : Total d'enfants <5ans dans les ménages ayant eu la fièvre d'origine palustre au cours des deux semaines précédant l'enquête	ND	2013	Rapport d'enquete	100%	MICS, MIS, EDS	MSP/PNLP/Partenaires	Tous les 3 à 5 ans

Proportion de patients avec paludisme simple ayant reçu un traitement CTA approprié au niveau des relais communautaires selon les directives nationales	<b>Numérateur:</b> Nombre de malade avec paludisme simple vus par les relais ayant reçu un traitement CTA approprié <b>Dénominateur :</b> Nombre de malades avec paludisme simple reçus par les relais	81%	2013	Rapport de mise en œuvre PECADOM	100%	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel

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

Nombre de cas de paludisme simple confirmés et traités par les relais communautaires		19408	2013	Rapport de mise en œuvre PECADOM	100%	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Total de traitements de première intention (CTA) distribués aux cas de paludisme simples vus dans le formations sanitaires publiques		2976010/ 4288425 (69%)	2013	Rapport PNLP	100%	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel

Total tests de diagnostic biologique du paludisme (Microscopie, TDR) réalisés dans le secteur public	Nombre de tests de diagnostic du paludisme (microscopie, TDR) réalisés dans le secteur public	1 781 505	2013	Rapport PNLP	100%	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Total des kits pour la prise en charge des cas de paludisme graves fournis aux patients (enfants < 5 ans, autres)	Nombre de Kits pour la prise en charge des cas de paludisme graves fournis aux enfants < 5 ans	ND	2013	Rapport PNLP	?	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Proportion de formations sanitaires publiques fonctionnelles ayant la capacité de faire des diagnostics biologiques du paludisme (microscopie et/ou tests de diagnostic rapide)	<b>Numérateur</b> : Nombre de formations sanitaires publiques fonctionnelles avec des capacités de diagnostic biologique du paludisme <b>Dénominateur</b> : Total des formations sanitaires publiques fonctionnelles		2013	Rapport PNLP	?	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un signe de danger ou de gravité du paludisme référés par les relais communautaires vers une structure de référence	Nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un signe de danger ou de gravité référés par les GF/équipe RC et qui ont été reçus au niveau des centres de santé		2013	Rapport de mise en œuvre PECADOM	?	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel

Nombre de villages distants de plus de 5 Km d'une structure sanitaire ayant mis en œuvre la PECADOM		500	2013	PNLP/Race	5760	Rapport PNL	PNLP/Partenaires	Annuel
Nombre de tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques (CTA) réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole OMS	Nombre de tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques (CTA) réalisés dans les sites sentinelles ciblés selon le protocole OMS	ND	2013	Rapport PNL	?	Rapport PNL	PNLP/Partenaires	Annuel
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins une dose de TPI au cours des CPN (nombre moyen de TPI par femmes enceinte)	<b>Numérateur:</b> Nombre de femmes enceintes ayant reçu au moins 1 dose de TPI lors des CPN <b>Dénominateur :</b> Nombre de femmes enceintes ayant fait une CPN (CPN1)		2013	Annuaire statistique	?	Rapport PNL	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Proportion d'enfants 3-59 mois qui ont bénéficié d'au moins une dose de AQ/SP lors des campagnes CPS conformément aux directives nationales			2013	Rapport de mise en œuvre (CPS)		Rapport PNL	PNLP/Partenaires	Annuel



Pourcentage d'enfant âgés de 3-59 mois ayant bénéficié de la CPS par cycle au cours de la dernière saison de haute transmission						Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Annuel
Proportion de districts sanitaires hyperendémiques ayant mis œuvre la CPS		14%	2013	Rapport de mise en œuvre (CPS)	100%	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Annuel
Total MILDA distribuées en routine pour les enfants <1an	Nombre de MILDA distribuées en PEV de routine pour les enfants < 1 an	ND	2013			Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Total MILDA distribuées en routine pour les femmes enceintes	Nombre de MILDA distribuées en CPN pour les femmes enceintes		2013			Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Total MILDA distribuées pendant les campagnes de masse	Nombre de MILDA distribuées pendant la campagne organisée	ND	2013	Pas de campagne en 2013	11 261 151	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Proportion de ménages ayant bénéficié de la PID dans les zones ciblées	<b>Numérateur</b> : Nombre de ménages ayant bénéficié de PID selon les directives nationales <b>Dénominateur</b> : Nombre de ménages dans les zones ciblées par la PID	17%	2012	EDSN	100%	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Annuel

Proportion de gîtes larvaires cartographiés traités dans les districts ciblés	<b>Numérateur</b> : Nombre de gîtes larvaires traités <b>Dénominateur</b> : Nombre de gîtes larvaires cartographiés	ND	2013	Rapport PNLP	80%	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Annuel
Nombre de tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole OMS	Nombre total des tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides réalisés dans les sites sentinelles	1	2013	Rapport PNLP		Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Annuel
Pourcentage de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent la cause, les symptômes, les mesures de préventives et de traitement du paludisme	<b>Numérateur</b> : Nombre de personnes (ou groupes cibles) interrogées qui connaissent la cause, les symptômes, les traitements ou les moyens de prévention du paludisme <b>Dénominateur</b> : Nombre total de personnes interrogées	ND	2013	Enquêtes CAP, MICS, MIS, EDS	90%	Enquêtes CAP, MICS, MIS, EDS	MSP/PNLP/Partenaires	Tous les 3 à 5 ans
Nombre de personnes vulnérables (femmes enceintes, mères ou gardiennes d'enfants) sensibilisés sur le paludisme	Nombre de personnes (femmes enceintes, mères d'enfants, gardiens/gardiennes d'enfants) sensibilisés sur le paludisme	ND	2013	Rapport PNLP	12975	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel

Nombre de spots radio/TV sur le paludisme diffusés au cours de la période ciblée	Nombre total de spots radio et spots TV sur le paludisme diffusés au cours de la période	ND	2013	Rapport PNLP	?	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Nombre de radios de proximité ayant signé des contrats de partenariat dans le cadre de la lutte contre le Paludisme	Nombre de radios de proximité ayant signé des contrats de partenariat dans le cadre de la lutte contre le Paludisme	ND	2013	Rapport PNLP	?	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Nombre de supports IEC produits par type sur la prévention et le traitement du paludisme	Nombre total de types de supports IEC produits sur la prévention et le traitement du paludisme au cours de la période	ND	2013		?	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Proportion des formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks de plus d'une semaine dans les principaux intrants (CTA, TDR, SP, MILDA, Kit PECADOM) par mois	<b>Numérateur</b> : Nombre des formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks de plus d'une semaine dans les principaux intrants (CTA, TDR, SP, MILDA, Kit PECADOM) par mois <b>Dénominateur</b> : Nombre de formations sanitaires fournissant des rapports	100%	2013	Rapport PNLP	100%	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel

Proportion de districts sanitaires ayant une capacité de détection et riposte aux épidémies de paludisme confirmées	<b>Numérateur:</b> Nombre de districts sanitaires ayant des capacité de détection et de riposte aux épidémies <b>Dénominateur :</b> Nombre des districts sanitaires	100%	2013	Rapport PNLP	100%	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Taux de complétude des rapports mensuel SNIS	<b>Numérateur :</b> Nombre de rapports complet des formations sanitaires transmis <b>Dénominateur :</b> Nombre de rapports attendus de formations sanitaires publiques	100%	2013	Rapport /SNIS/PNLP	100%	Rapport /SNIS/PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Taux de promptitude des rapports	<b>Numérateur :</b> Nombre de rapports transmis à temps <b>Dénominateur :</b> Nombre de rapports attendus	85%	2013	Rapport /SNIS/PNLP	90%	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Proportion et Nombre de supervisions réalisées par niveau (central, régional, DS)	<b>Numérateur:</b> Nombre des supervisions réalisées <b>Denominateur:</b> Nombre de supervisions programmées	100%	2013	Rapport /SNIS/PNLP	100%	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Nombre de prestataires supervisés (agents)			2013	Rapport /SNIS/PNLP		Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel

Nombre de relais communautaires supervisés		197	2013	Rapport demise en œuvre Pécadom	200	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Nombre de ménages visités par les relais communautaires pour la sensibilisation sur le paludisme (VAD)		?	2013	Rapport demise en œuvre Pécadom		Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Taux d'exécution des activités	<b>Numérateur</b> : Total des activités réalisées <b>Dénominateur</b> : Total des activités planifiées	32%	2013	Rapport PNLP	100%	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Taux d'absorption des ressources mobilisées	<b>Numérateur</b> : Total des dépenses effectuées pour la lutte contre le paludisme <b>Dénominateur</b> : Total des financements alloués par l'Etat et les partenaires pour la lutte contre le paludisme	10%	2013	Rapport PNLP	100%	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Nombre de réunions du Partenariat RBM organisées		5	2013		12	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel
Nombre de réunions de coordination annuelles		1	2013		2	Rapport PNLP	PNLP/Partenaires	Mensuel, Annuel

réalisées

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## **ANNEXE 6 : COMPOSITION DES KITS**

### **Kits Enfants (< 5 ans) pour la PEC des cas graves de paludisme :**

6 ampoules quinine 200 mg, 3 Dextrose 10%, 3 Dextrose 5%, 6 perfuseurs, 3 cathéters 24 G, 3 flacons Paracétamol injectable 500 mg, 2 ampoules Diazépam injectable, 6 seringues 5 CC.

### **Kits Adultes (5 ans et plus) pour la PEC des cas graves de paludisme :**

6 ampoules quinine 600 mg, 3 Dextrose 10%, 3 Dextrose 5%, 6 perfuseurs, 3 cathéters 20 G, 3 flacons Paracétamol injectable 1 g, 2 ampoules Diazépam injectable, 6 seringues 10 CC.

### **Kits laboratoires pour le diagnostic microscopique du paludisme :**

Lames, huile à immersion, vaccinstyles, papier optique, xylène, méthanol, RAL555, éthanol, Giemsa

### **Kits relais :**

Caisse, sac à dos, thermomètre, balance salter + culotte, MUAC, gants, bic, registre, minuteur, taille-crayon, poubelle, boîte de sécurité, gomme, crayon,

**ANNEXE 7 : LISTE DES PARTICIPANTS AU PROCESSUS DE REVISION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2011-2015.**

N°	Nom & Prénoms	Structure	N° Téléphone	E-mail
1	El Hadj Adamou Bawa	PNLP/Appro	96820722	<a href="mailto:aelh.adama@yahoo.fr">aelh.adama@yahoo.fr</a>
2	Dr. Amadou Ibrahim	PNLMB/NOMA	96966632	<a href="mailto:lbrahim.amadou_6@yahoo.fr">lbrahim.amadou_6@yahoo.fr</a>
3	Dr. Idrissa Sabiti	PNLP	96973061	<a href="mailto:Idrissa_sabiti@yahoo.fr">Idrissa_sabiti@yahoo.fr</a>
4	Souley Maman	DRSP/DIFFA	96113898	<a href="mailto:sou_ley@yahoo.fr">sou_ley@yahoo.fr</a>
5	Assoumane Dan Doulla	DRSP/TAHOUA	96217186	<a href="mailto:assoumanedandoulla@yahoo.fr">assoumanedandoulla@yahoo.fr</a>
6	Mme Abani Fassouma	DRSP/ZINDER	96897963	<a href="mailto:abani.fassouma@yahoo.fr">abani.fassouma@yahoo.fr</a>
7	Alena Koscalora	MSF	99485298	<a href="mailto:alena.kscalora@rlenna.msf.org">alena.kscalora@rlenna.msf.org</a>
8	Issoufou Yadidi	DRSP/AGADEV	96964932	<a href="mailto:yadidimad@yahoo.fr">yadidimad@yahoo.fr</a>
9	Dobel Amadou	DRSP/NIAMEY	96978333	
10	Sani Abdou	DRSP/TAHOUA	96287525	<a href="mailto:saniabdou55@yahoo.fr">saniabdou55@yahoo.fr</a>
11	Dr Kalla Idi	DRSP/MARADI	91317167	<a href="mailto:kallaidi@yahoo.fr">kallaidi@yahoo.fr</a>
12	Rabiou Alichina	DS/MSP	96500742	<a href="mailto:alichinara@yahoo.fr">alichinara@yahoo.fr</a>
13	Salifou Badagé	DRSP/DOSSO	96871486	<a href="mailto:aalifoubadage@yahoo.fr">aalifoubadage@yahoo.fr</a>
14	Mme Moumouni Kadi	PNLT	96983565	<a href="mailto:moumounikadi@yahoo.fr">moumounikadi@yahoo.fr</a>
15	Abdourahamane Halilou	DSRE	98789962	<a href="mailto:mkilou02@yahoo.fr">mkilou02@yahoo.fr</a>
16	Hamsatou Dioffo	S/E PNL	96882829	<a href="mailto:hdioufo5@gmail.com">hdioufo5@gmail.com</a>
17	Mme Daouda Hadiza	S/E PNL	94715906	<a href="mailto:hdjibo@gmail.com">hdjibo@gmail.com</a>
18	Sanouna Issifi	CRS	94333000	<a href="mailto:issifousanouna@crs.org">issifousanouna@crs.org</a>
19	Souley Binga	DRSP/TILLA	96268303	<a href="mailto:bingasouley@yahoo.com">bingasouley@yahoo.com</a>
20	Dr Mahaman H. Ouedrago	DGSP	96971445	<a href="mailto:mahamanhamissououedrago@gmail.com">mahamanhamissououedrago@gmail.com</a>
21	Ibrah Souley Soumbounou	DRSP/DOSSO	96887434	<a href="mailto:soumbounou@yahoo.fr">soumbounou@yahoo.fr</a>
22	Hamza Chékaraou	DRSP/AGADEV	96284868	<a href="mailto:hamchek@yahoo.fr">hamchek@yahoo.fr</a>



23	Dr Malam Laminou	DRSP/ZINDER	96491838	<a href="mailto:malmlegalelaminou@yahoo.fr">malmlegalelaminou@yahoo.fr</a>
24	Issa Amadou	PNLP/SE	89434629	<a href="mailto:mijinya_issa@yahoo.fr">mijinya_issa@yahoo.fr</a>
25	Amadou Issifou Abdoulwahab	CNEP/STP	94787444	<a href="mailto:ai.wahab@yahoo.fr">ai.wahab@yahoo.fr</a>
26	Saidou Idi	Plan Niger	94259061	<a href="mailto:idisaidou@plan-int.org">idisaidou@plan-int.org</a>
27	Mme Karimou Mariama	PNLP/IEC	90340203	<a href="mailto:mamadoumarima@yahoo.fr">mamadoumarima@yahoo.fr</a>
28	Abdoulaye Daouda	PNLP/Entomo	98080572	<a href="mailto:abdoulayedaouda66@yahoo.fr">abdoulayedaouda66@yahoo.fr</a>
29	Dr Ibrahim M. Lamine	CERMES	96591382	<a href="mailto:lamine@cermes.org">lamine@cermes.org</a>
30	Boube HAMANI	PNLP/Entomo	96283911	<a href="mailto:bhamani08@yahoo.fr">bhamani08@yahoo.fr</a>
31	Mahaman Lamine	DRSP/Diffa	96551141	<a href="mailto:mmchamanlamine@yahoo.com">mmchamanlamine@yahoo.com</a>
32	Soumana Ousseini	IEC/ PNL	90608090	<a href="mailto:soumanaou@gmail.com">soumanaou@gmail.com</a>
33	Boureima Sadou	DEP/MSP	90527662	<a href="mailto:bouresadou71@gmail.com">bouresadou71@gmail.com</a>
34	Dr Hassane Idrissa Souley	ANPII/ROSASSN	90539352	<a href="mailto:anpii@yahoo.fr">anpii@yahoo.fr</a>
35	Zaratou Ankourao Hamady	ONPPC	96506372	<a href="mailto:ugs.pharma.niger@gmail.com">ugs.pharma.niger@gmail.com</a>
36	Dr GUIET MATI Fatima	MSP /DPHL/MT	90149424	<a href="mailto:fatiquiet@gmail.com">fatiquiet@gmail.com</a>
37	Dr DAOU Mamane	HNN	97165904	<a href="mailto:daoumo@yahoo.fr">daoumo@yahoo.fr</a>
38	Yacouba Idrissa	PNLP/Biologie	96883685	<a href="mailto:jyacouba79@yahoo.fr">jyacouba79@yahoo.fr</a>
39	Ibrahim Amadou	ENSP Ny	97719587	<a href="mailto:tjamch@yahoo.fr">tjamch@yahoo.fr</a>
40	Dr Maimouna Jackou	World Vision	98077810	<a href="mailto:mjackouboulama@yahoo.fr">mjackouboulama@yahoo.fr</a>
41	Dr Moctar Rakiatou	HNN	96064483	<a href="mailto:rakiatou_seibou@yahoo.fr">rakiatou_seibou@yahoo.fr</a>
42	Dr MAIGA Myriam Djamila	PNLP/PEC	96964371	<a href="mailto:djamyriam@yahoo.fr">djamyriam@yahoo.fr</a>
43	Mme Abarry Rekia	PNLP/PEC	91910599	<a href="mailto:rekiabarri@yahoo.fr">rekiabarri@yahoo.fr</a>
44	Mme Daouda Fatimata	DN/MSP	96973662	<a href="mailto:qfatimata@yahoo.fr">qfatimata@yahoo.fr</a>
45	Mme Aboubacar Binta	PNLP	96267731	<a href="mailto:binta.amadou@gmail.com">binta.amadou@gmail.com</a>
46	Dr Hadiza Jackou	PNLP	96993131	<a href="mailto:hadizou_jakou@yahoo.fr">hadizou_jakou@yahoo.fr</a>
47	Dr Abderhamane Kharchi	OMS/IST/WA		<a href="mailto:kharchia@who.int">kharchia@who.int</a>
48	Dr Maï Moctar Hassane	IGS/MSP	96987563	<a href="mailto:h@gmail.com">h@gmail.com</a>
49	Dr Ibrahim Ouba	PNLP	96893115	<a href="mailto:ibrahimouba@gmail.com">ibrahimouba@gmail.com</a>
50	Dr Ibrahim Ousmane	CRS	96094464	<a href="mailto:ibrahim.ousmane@crs.org">ibrahim.ousmane@crs.org</a>
51	Hamissou Daouda	ONG Karkara	96893961	<a href="mailto:daoudahamissou@yahoo.fr">daoudahamissou@yahoo.fr</a>
52	Janjouna Laouali	DRSP/Maradi	96888074	<a href="mailto:ilaouli@rocketmail.com">ilaouli@rocketmail.com</a>

53	Ibrahim Adamou Garba	PNLP	90276474	<a href="mailto:Ibrahiman1972@yahoo.fr">Ibrahiman1972@yahoo.fr</a>
54	Moctar Zakari	PNLP	94064652	<a href="mailto:moctar-z@yahoo.fr">moctar-z@yahoo.fr</a>
55	Ousmane Oumarou	DEP/MSP		<a href="mailto:oumarou1961@yahoo.fr">oumarou1961@yahoo.fr</a>
56	Dr Coulibaly Adama	OMS/CIV	+22505099207	<a href="mailto:coulibalya@who.int">coulibalya@who.int</a>
57	Dr Harakoye Aissata LY	IGS/MSP	96989879	<a href="mailto:aissaly@yahoo.fr">aissaly@yahoo.fr</a>
58	Dr Hadiza Soumaila	PNLP/Entomo	96552724	<a href="mailto:soumailahadiza@yahoo.fr">soumailahadiza@yahoo.fr</a>
59	Mme TARI Fatouma	PNLP	96977592	<a href="mailto:tarifatouma@yahoo.fr">tarifatouma@yahoo.fr</a>
60	Chaibou Bégou	DEP/MSP	96871434	<a href="mailto:achabeg72@yahoo.fr">achabeg72@yahoo.fr</a>
61	Mme Kindo Rakiatou	DEP/MSP		<a href="mailto:rakia_kind@yahoo.fr">rakia_kind@yahoo.fr</a>
62	Mme Paul Haoua	DEP/MSP		<a href="mailto:phaoua@yahoo.fr">phaoua@yahoo.fr</a>
63	Mme Adamou Hamsatou	DSME/DSNI	96598723	
64	Ibrahim Dodo	DAID/RP/MSP	96027447	
65	Seyni Yacouba	CNTS		<a href="mailto:sadagarize@yahoo.fr">sadagarize@yahoo.fr</a>
66	Hamadou Idrissa	ISP		<a href="mailto:idrissamadou@yahoo.fr">idrissamadou@yahoo.fr</a>
67	Ari Kimé Maina	Entomo/PNLP		<a href="mailto:maina_arikim@yahoo.fr">maina_arikim@yahoo.fr</a>
68	Bohari Amadou Tidjani	DS/MSP		<a href="mailto:bohari126@yahoo.fr">bohari126@yahoo.fr</a>
69	Iro Souleymane	Entomo/PNLP		<a href="mailto:irosouleymane@yahoo.fr">irosouleymane@yahoo.fr</a>
70	Mme Aboubacar Halima	LAV/PNLP		<a href="mailto:halimakoraou@yahoo.fr">halimakoraou@yahoo.fr</a>
71	Dr Hachim Fatima	UNICEF		<a href="mailto:fhachimou@unicef.org">fhachimou@unicef.org</a>
72	Dr Habi Gado	OMS/Niger	96964120	<a href="mailto:habiq@who.int">habiq@who.int</a>
73	Abdou Dadé	World Vision	96550231	<a href="mailto:abdoudade@wvi.org">abdoudade@wvi.org</a>
74	BIZO Mahamadou	DHP/ES	96981949	<a href="mailto:bizomahamadou@yahoo.fr">bizomahamadou@yahoo.fr</a>
75	Mme Mindaoudou Hadiza	PNLP/IEC		<a href="mailto:hadizaalamay@yahoo.fr">hadizaalamay@yahoo.fr</a>
76	Dr Tohon Stéphane	OMS/IST/WA		
77	Dr Abdoul Aziz Abderhamane	OMS/Mauritanie		
79	Dr Sylla	OMS/IST/WA		
80	Pr Seck Ibrahima	UCAD Dakar		
81	Pr Eric Adehossi	UAM/Niamey		<a href="mailto:eadehossi@yahoo.fr">eadehossi@yahoo.fr</a>
82	Dr Lazoumar Ramatoulaye	CCNLP/HNN		
83	Dr Garba Nassirou	CCNLP/HNN		

84	Siddo Adamou	CRS		
85	Bachir	CRS		
86	Yacoudima	CRS		