



REPUBLIQUE DU NIGER

Fraternité - Travail - Progrès

**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET
DE LA LUTTE CONTRE LES ENDEMIES**

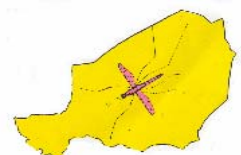
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

2006-2010

Juin 2006



SOMMAIRE

INTRODUCTION	12
I - PROFIL PAYS.....	13
1.1. Aperçu général.....	13
1.1.1 <i>Situation géographique.....</i>	<i>13</i>
1.1.2 <i>Données environnementales et climatiques.....</i>	<i>13</i>
1.1.3 <i>Données démographiques.....</i>	<i>14</i>
1.1.4 <i>Données administratives</i>	<i>14</i>
1.1.5 <i>Routes, Télécommunications, Infrastructures</i>	<i>15</i>
1.1.6 <i>Données socio-économiques</i>	<i>15</i>
1.2. Cadre institutionnel de la lutte contre le Paludisme.....	17
1.2.1 <i>Organisation du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies.....</i>	<i>17</i>
1.2.2 <i>Politique sanitaire nationale.....</i>	<i>18</i>
1.2.3 <i>Financement du secteur de la santé</i>	<i>20</i>
1.2.4 <i>Organisation du système de santé</i>	<i>21</i>
1.2.5 <i>Carte sanitaire.....</i>	<i>21</i>
1.2.6 <i>Ressources humaines dans le secteur de la santé.....</i>	<i>22</i>
1.2.7 <i>Structures sanitaires privées</i>	<i>22</i>
1.2.8 <i>Médecine traditionnelle.....</i>	<i>23</i>
1.2.9 <i>Programme National de lutte contre le Paludisme</i>	<i>23</i>
1.3. Aperçu sur le cadre du Partenariat.....	24
1.3.1 <i>Implication de la population et décentralisation.....</i>	<i>24</i>
1.3.2 <i>Partenariat avec la société civile</i>	<i>25</i>
1.3.3 <i>Contribution de la coopération bilatérale et multilatérale</i>	<i>25</i>
1.3.4 <i>Collaboration inter et intra sectorielle</i>	<i>26</i>
1.3.5 <i>Contribution du Secteur privé</i>	<i>27</i>
1.3.6 <i>Collaboration avec les pays de la sous région</i>	<i>28</i>
2.3. Situation actuelle de la lutte contre le Paludisme.....	33
2.3.1 <i>Objectif de la lutte antipaludique.....</i>	<i>33</i>
2.3.2 <i>Stratégies de lutte antipaludique</i>	<i>33</i>
2.3.3 <i>Résultats attendus de la lutte antipaludique.....</i>	<i>34</i>
2.3.4 <i>Cadre des interventions de lutte antipaludique</i>	<i>35</i>
2.3.5 <i>Cohérence avec les autres programmes de santé et mode de collaboration</i>	<i>35</i>
2.3.6 <i>Mode de financement de la lutte antipaludique</i>	<i>36</i>
2.3.7 <i>Partenariat pour le financement du Plan et Mode de collaboration.....</i>	<i>36</i>
2.3.8 <i>Principaux résultats du Plan stratégique 2001-2005.....</i>	<i>38</i>
2.3.8.1 <i>Détails des interventions mises en oeuvre</i>	<i>38</i>
2.3.8.2 <i>Niveaux d'atteinte des indicateurs de résultats</i>	<i>40</i>
2.3.9 <i>Contraintes/difficultés</i>	<i>41</i>
2.3.10 <i>Opportunités pour le renforcement de la lutte antipaludique.....</i>	<i>43</i>
3.1. Cadre logique	44
3.1.1 <i>Objectif général.....</i>	<i>44</i>
3.1.2 <i>Objectifs spécifiques.....</i>	<i>44</i>
3.1.3 <i>Orientations stratégiques.....</i>	<i>44</i>
3.1.4 <i>Résultats attendus</i>	<i>45</i>
3.2.1 <i>Description des interventions prévues.....</i>	<i>45</i>
3.2.2 <i>Chronogramme des activités planifiées.....</i>	<i>42</i>
3.2.2.1 <i>PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME.....</i>	<i>42</i>
3.2.2.2 <i>PRÉVENTION DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE</i>	<i>44</i>
3.2.2.3 <i>LUTTE ANTIVECTORIELLE</i>	<i>45</i>
3.2.2.4 <i>DETECTION PRECOCE ET RIPOSTE AUX EPIDEMIES DE PALUDISME</i>	<i>47</i>
3.2.2.5 <i>COMMUNICATION & MOBILISATION SOCIALE.....</i>	<i>49</i>
3.2.2.6 <i>RECHERCHE OPERATIONNELLE</i>	<i>51</i>
3.2.2.7 <i>RENFORCEMENT DES CAPACITES</i>	<i>53</i>
3.2.2.8 <i>SUIVI ET EVALUATION</i>	<i>56</i>
3.3.1 <i>Cadre institutionnel.....</i>	<i>51</i>
3.3.2 <i>Procédures de gestion et Cadre de collaboration</i>	<i>52</i>
3.3.3 <i>Suivi/Evaluation du Plan stratégique</i>	<i>53</i>

4. CONCLUSION	57
5. BIBLIOGRAPHIE	58
6. ANNEXES	61
6.1. LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2006 -2010 :	62
6.2. DETAILS DES INTERVENTIONS DU PLAN STRATEGIQUE PNLP 2001-2005 FINANCEES PAR LES PARTENAIRES	63
6.3. ORGANIGRAMME DU PNLP	65
6.4. ORGANIGRAMME MSP/LCE	66
6.5. DONNEES DE POPULATIONS	67

PRÉFACE

Le Paludisme constitue encore de nos jours un fléau dévastateur tant sur le plan humain que sur le plan économique en dépit des efforts menés dans le pays depuis la mise en œuvre du premier plan quinquennal 2001-2005.

Aujourd'hui, les efforts entrepris ont permis de classer le Niger parmi les premiers pays africains qui ont atteint les objectifs d'Abuja de couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticides.

Nous devons ces résultats à l'effort conjugué de tous les amis du Niger que je voudrais à cette occasion remercier.

L'année 2006 marque le point de départ du second plan quinquennal qui va nous conduire aux échéances de 2010.

Le récent Sommet africain d'Abuja (Nigeria) sur le Sida, la Tuberculose et le Paludisme a été une occasion de rappeler au pays qu'ils doivent passer à l'action.

Le Niger en révisant en 2005 sa politique de traitement et de prévention du paludisme chez les femmes enceintes s'inscrit dans la droite ligne des recommandations prônées par l'Organisation Mondiale de Santé pour lutter efficacement contre ce fléau. Nous devons agir en élargissant le champ de nos interventions afin d'atteindre en 2010 l'objectif de réduction de moitié de la mortalité et de la morbidité attribuables au Paludisme.

*La lutte contre le Paludisme bénéficie de l'engagement personnel de Son Excellence **MAMADOU TANDJA**, Président de la République.*

Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, le projet de Déclaration de Politique Sectorielle de la santé, le Plan de Développement Sanitaire 2005-2009 et l'approche des soins de santé de proximité par les cases de santé font de la lutte contre le Paludisme un axe stratégique pouvant conduire à l'amélioration des conditions de vie des populations.

*Le Gouvernement de la Vème République a affiché dès son installation, un engagement politique sans faille en faveur de la lutte contre la maladie en général et le Paludisme en particulier, à travers la Déclaration de Politique Générale de Son Excellence, **HAMA AMADOU**, Premier Ministre, Chef du Gouvernement, et une lettre de mission confiée au Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies.*

*Aussi, nous tenons à saluer l'initiative de création du **Fonds Mondial** qui a donné un souffle nouveau à la lutte contre le Paludisme, le Sida et la Tuberculose. Notre souhait est que l'ensemble des parties concernées, Communautés, ONG, Associations, Secteur privé, institutions de recherche, partenaires bilatéraux et multilatéraux, trouvent à travers ce Plan stratégique la place dévolue à chacun d'eux dans un cadre concerté pour combattre le Paludisme.*

Enfin, j'invite tous les agents de santé à redoubler d'efforts au cours des cinq prochaines années pour contribuer efficacement à la lutte contre le Paludisme.

**Ministre de la Santé Publique
et de la Lutte Contre les Endémies**

MAHAMANE KABAOU

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ACMAD	Centre Africain des Applications Météorologiques pour le Développement
ACTN	Association des Chefs Traditionnels du Niger
AGRHYMET	Centre Agro et Hydrométéorologique
ANSP	Association Nigérienne pour la promotion de la Santé Publique
AS	Agent de Santé
ASC	Agent de Santé Communautaire
BAD	Banque Africaine de Développement
BCG	Bacille Calmette et Guérin
BM	Banque Mondiale
CAP	Connaissances Attitudes et Pratiques
CCISD	Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement
CCM	Comité de Coordination pays
CDC	Centre for Diseases Control
CERMES :	Centre d'Etudes et de Recherches Médicales et Sanitaires
CHR	Centre Hospitalier Régional
CPN	Consultation Pré natale
CS	Case de Santé
CSE	Centre de Surveillance Epidémiologique
CSI	Centre de Santé Intégré
CSV	Comité de Santé Villageois
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Arthéminisine
DAAF	Direction des Affaires Administratives et Financières
DAID/RP	Direction des Archives, de l'Information, de la documentation et des Relations Publiques
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DGR	Direction Générale des Ressources
DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
DHS	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
DIE	Direction des Infrastructures et de l'Equipement
DLC	Direction de la Législation et du Contentieux
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DOS	Direction de l'Organisation des Soins
DPH/ES	Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé

DPHL/MT	Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle
DRSP	Direction Régionale de Santé Publique
DS	District Sanitaire
DSCE	Direction de la Surveillance et du Contrôle des Endémies
DSR	Direction de la Santé de la Reproduction
DTC	Diphthérie Tétanos Coqueluche
ECD	Équipe Cadre de District
F CFA	Francs de la Confédération Franco - Africaine
FAD	Fonds Africain de Développement
FED	Fonds Européen de Développement
FMSTP	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FRP	Faire Reculer le Paludisme
GFATM	Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria
GTZ	Coopération Technique Allemande
HD	Hôpital de District
IBC	Interventions à Base Communautaire
IDH	Indice du Développement Humain
IEC	Information Education Communication
IRI	International Research Institute
JAP	Journée Africaine de Lutte Contre le Paludisme
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
JNV	Journées Nationales de Vaccination
Kg	Kilogramme
Km	Kilomètre
Km2	Kilomètre carré
LFA	Local Fund Agent (Agent local du Fonds Mondial)
MDO	Maladies à Déclaration Obligatoire
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
MILD	Moustiquaires Imprégnées Longue Durée
MS	Moustiquaire Simple (= Moustiquaires non Imprégnées d'Insecticide)
MSF	Médecins Sans Frontières
MSP/LCE	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies
MTI	Matériaux Traités d'Insecticides
OCCGE	Organisation Commune de Coordination pour la Gestion des Epidémies

OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PDSR	Plan de Développement Sanitaire des Régions
PEC	Prise En Charge des Cas
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PIC	Plan Intégré de Communication
PNEVG	Programme d'Eradication du Ver de Guinée
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PR	Principal Réciendaire
PTF	Partenaires Financiers
R 3	Round 3 (Projet Fonds Mondial 3ème Round)
R 4	Round 4 (Projet Fonds Mondial 4ème Round)
R 5	Round 5(Projet Fonds Mondial 5ème Round)
RAOPAG	Réseau Ouest Africain pour la Prévention du Paludisme chez la Femme en Grossesse
RAOTAP	Réseau Ouest Africain pour le Traitement du Paludisme
RBM	Roll Back Malaria
RDP	Revue des Dépenses Publiques
RGP/H	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RJLP	Réseau des Journalistes de Lutte contre le Paludisme
ROASSEN	Regroupement des ONG et Associations Nigériennes du Secteur de la Santé
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SPIS	Service de la Programmation et de l'Information Sanitaire
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
SSP	Soins de Santé Primaires
TPI	Traitement Préventif Intermittent

UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UP	Unité Primaire
US	Unité Secondaire
USD	Dollar Américain
UT	Unité Tertiaire
VAR	Vaccin Anti Rougeoleux
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
WHO	World Health Organization (Organisation Mondiale de la Santé)

RESUME

Le Niger est un pays sahélien situé en Afrique de l'Ouest. Il couvre une superficie de 1.267 000 Km² et est divisé en 8 régions administratives. Le climat est de type sahélo-saharien avec une température moyenne de 37°C. La pluviométrie s'accroît du Nord au Sud (200 – 800 mm par an).

La population du Niger est de 11 060 291 habitants en 2001 (RGP/H 2001). La situation socio économique du Niger se caractérise par une économie faible et des dépenses de santé élevées. Le système de santé correspond au découpage administratif et comprend trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique). La pyramide des soins comprend des structures sanitaires correspondant aux trois niveaux du système de santé.

Comme dans la plupart des pays africains, le Paludisme constitue un véritable problème de santé publique au Niger. La maladie, de transmission instable, est l'une des premières causes de morbidité et de mortalité dans les formations sanitaires, particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Le nombre de cas Paludisme, variable en fonction des 3 types de faciès, connaît une recrudescence pendant la saison des pluies.

Les pertes économiques liées au Paludisme sont estimées à plusieurs milliards de Francs CFA par an. Pour faire face à ce fardeau, le Niger qui a souscrit à la nouvelle initiative FRP/RBM avait élaboré un plan stratégique de lutte contre le Paludisme 2001-2005 avec pour objectif général de réduire la morbidité et la mortalité imputables au Paludisme en vue de contribuer à la réduction de la pauvreté et de favoriser le développement économique et social du Niger.

Le nouveau plan stratégique 2006-2010 s'inscrit dans la continuité des actions de lutte contre le Paludisme en vue d'atteindre les objectifs définis dans les recommandations du sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement tenu à Abuja en mai 2006.

Partant des leçons apprises au cours des 5 dernières années et conformément aux nouvelles orientations en matière de lutte contre le Paludisme dans la Région Africaine, le plan stratégique 2006-2010 se fixe pour objectifs spécifiques de:

- Réduire d'au moins 50% par rapport à l'an 2000, la mortalité attribuée au Paludisme sur l'ensemble du pays et en particulier chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ;
- Réduire d'au moins 80% par rapport à 2005, la létalité hospitalière palustre dans les structures sanitaires du pays ;
- Réduire d'au moins 50% par rapport à l'an 2000, la morbidité attribuée au Paludisme sur l'ensemble du pays et en particulier chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ;

Les résultats attendus s'inscrivent dans le cadre de la consolidation de acquis de la mise en œuvre du Plan stratégique 2001-2005 et de la mise à l'échelle des interventions prioritaires définies pour la période 2006-2010.

Les chapitres du présent document comporte une analyse de la lutte contre le Paludisme au Niger, un bilan de la mise en œuvre du plan stratégique 2001–2005 et les interventions prioritaires pour la période 2006 - 2010.

Les stratégies retenues dans le cadre du présent Plan portent essentiellement sur :

- La prise en charge des cas de Paludisme
- *La Prévention du Paludisme pendant la grossesse*
- *La Lutte antivectorielle*
- *La Prévision, Prévention et Gestion des épidémies de Paludisme*
- *La Communication et mobilisation sociale*
- *Le Suivi/évaluation*

La présentation du financement du plan 2006-2010, d'un montant de *54 milliards*, reflète clairement l'esprit de complémentarité entre l'Etat, les communautés, le secteur privé et les partenaires du Niger.

Le cadre logique ainsi défini et le plan détaillé des activités pour la période 2006-2010, doivent servir de guide à l'ensemble des acteurs impliqués lors de l'élaboration des plans opérationnels annuels. Aussi, il faut souligner que la grande particularité du présent plan réside dans son caractère multisectoriel où des missions bien précises sont attribuées à d'autres départements ministériels dans le cadre de l'intégration des interventions et du développement du partenariat.

INTRODUCTION

Au Niger, le Paludisme demeure un problème majeur de santé publique par la forte mortalité, la morbidité et ses conséquences socio-économiques. Il représente en moyenne 20% des causes de consultations pendant la saison sèche et 80% pendant la saison pluvieuse. Le Paludisme est aussi la première cause de mortalité en particulier chez les enfants de moins de cinq ans.

Chaque année on enregistre en moyenne 850 000 cas de Paludisme au niveau des formations sanitaires du pays, ce qui place la maladie au premier rang suivi des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques. Cette affection touche tous les groupes d'âges, mais les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes en sont particulièrement vulnérables.

A l'instar des pays d'endémie palustre de la région africaine, le Gouvernement nigérien a inscrit parmi ses priorités la lutte contre le Paludisme ; ce qui s'est traduit depuis 1998 par l'adhésion du pays à l'initiative "Faire Reculer le Paludisme" lancée par la Directrice Générale de l'OMS.

Un processus d'introduction de l'Initiative a conduit le pays à l'élaboration du premier plan stratégique de lutte contre le Paludisme 2001-2005. Ce plan avait pris en compte les recommandations contenues dans la Déclaration d'Abuja.

Le présent plan quinquennal 2006-2010, élaboré après une analyse de situation détaillée, vise à développer des stratégies novatrices de lutte antipaludique sur la base d'une collaboration étroite entre le Gouvernement et ses partenaires au développement selon une approche multisectorielle décentralisée. L'établissement d'un partenariat global fonctionnel à tous les niveaux, basé sur un but et des objectifs communs, constituera le pilier essentiel des actions à développer dans le cadre de l'initiative Faire Reculer le Paludisme.

Les activités qui seront réalisées cibleront particulièrement le renforcement du contrôle du Paludisme, l'amélioration de la qualité de la demande des soins en matière de lutte contre le Paludisme, la promotion des matériaux traités aux insecticides, l'accès aux soins de santé de base pour la communauté, le renforcement des capacités nationales, le monitoring et l'évaluation des activités avec constitution de bases factuelles, le développement de la recherche opérationnelle et le renforcement du partenariat global de RBM.

Ce plan 2006-2010, dans son élaboration a eu l'appui technique de l'OMS et la participation des partenaires au développement, la Société Civile et les représentants d'autres Ministères. Il tient compte des innovations intervenues ces dernières années en matière de traitement avec les combinaisons à base d'artémisinine, et de prévention chez les femmes enceintes avec la sulfadoxine –pyriméthamine.

I - PROFIL PAYS

1.1. Aperçu général

1.1.1 Situation géographique

Le Niger est situé dans la partie Est de l'Afrique de l'Ouest en zone sahélo-saharienne, Il s'étend entre le 12^{ème} et le 23^{ème} degré de latitude Nord, entre 0° et 16° de longitude Est.

Avec une superficie de 1. 267. 000 km², le Niger est limité au Nord par l'Algérie et la Libye, au sud par le Bénin et le Nigeria, à l'Est par le Tchad, à l'Ouest par le Burkina Faso et le Mali. Le pays est enclavé, sa capitale Niamey, se trouve à plus de 1000 km du port le plus proche (Cotonou au Bénin).

1.1.2. Données environnementales et climatiques

Le pays présente du Sud au Nord trois (3) zones 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 la 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, etc.
- 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 vers l'Est et surtout au Nord.
- 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.

Le réseau hydrographique est constitué du fleuve Niger à l'extrémité sud-ouest sur une distance d'environ 550 km et le Lac Tchad à l'extrémité sud-est et la Komadougou Yobé qui sert de frontière avec le Nigeria sur 150 Km dans l'extrême Est du pays.

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 m³ d'eau) et 100 millions de m³ d'eau par an stockée dans les retenues artificielles au niveau d'une vingtaine de barrages. Enfin, il faut signaler l'existence du programme spécial du Président de la République qui prévoit la création de plusieurs mini-barrages pour les retenues d'eau.

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 créant quelques fois de microclimats propices au développement des vecteurs du Paludisme.

1.1.3. Données démographiques

La population du Niger est de 11 060 291 habitants en 2001 (RGP/H 2001) avec un taux d'accroissement de 3,3%. La structure par âge de la population du Niger en 2001 est caractérisée par l'importance des jeunes de moins de 15 ans qui représentent 47,54% de la population totale (respectivement 44,5% et 48,14% en milieu urbain et rural). A l'inverse, les personnes âgées de plus de 64 ans ont vu leur poids démographique, déjà très faible, baisser entre 1998 et 2001, passant de 3,25% à 2,85%.

Cette population est inégalement répartie sur le territoire national. Les régions les plus peuplées du pays sont : Maradi (20,2%), Zinder (18%), Tahoua (17,8%) et Tillabéri (17,1%), alors que les moins peuplées sont : Diffa (3,1%) et Agadez (2,9%). On relève aussi de fortes disparités de densités de la population d'une région à une autre.

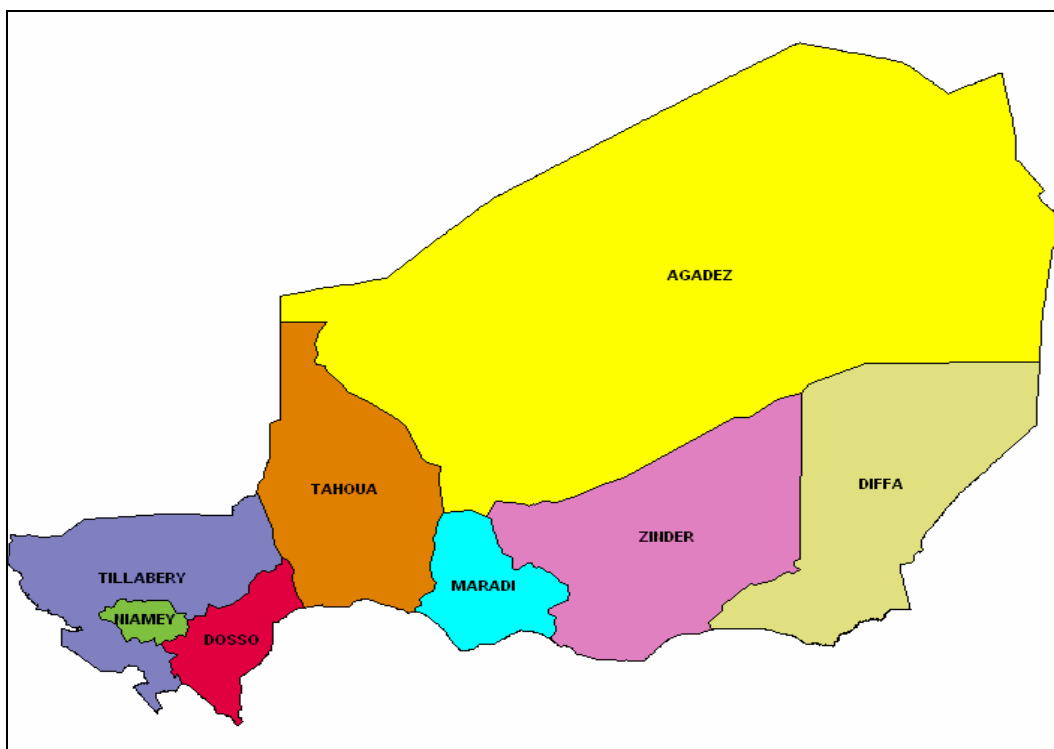
Il existe neuf (9) groupes ethniques au Niger composés de Haoussa, Zarma-Songhai, Peulh, Kanouris, Arabes, Touaregs, Gourmantché, Toubous et Boudouma. Plus de 95% des nigériens sont musulmans ; les autres religions sont le christianisme et l'animisme.

1.1.4. Données administratives

La récente réorganisation administrative basée sur la décentralisation organise l'administration territoriale en régions, départements, communes urbaines, communes rurales et postes administratifs. Ainsi, le pays est subdivisé en 8 régions, 36 départements et 265 communes. Chaque entité administrative est dirigée par un responsable nommé ou élu :

- Gouverneur pour la région ;
- Préfet pour le département ;
- Maire pour la commune.

Carte n° 1 : Découpage Administratif en huit Régions



1.1.5. Routes, Télécommunications, Infrastructures

Les transports intérieurs et extérieurs reposent essentiellement sur le réseau routier constitué de 3797Km de routes bitumées, 2551 Km de terre moderne latéritique et 3730 Km de pistes sommaires.

Dans le domaine de la communication, l'Etat du Niger a investi d'importantes ressources financières pour réaliser des infrastructures à la mesure des besoins minimum du pays. Ces infrastructures se composent de plusieurs centres périphériques, de cinq stations terriennes domestiques et deux stations internationales. Des radios communautaires, régionales et privées ainsi que 3 chaînes de télévision dont 1 privée sont opérationnelles. Aussi, le pays dispose de 3 fournisseurs de téléphonie mobile et de capacités de connexion Internet pour l'ensemble des régions et de la plupart des départements.

1.1.6. Données socio-économiques

Le Niger, pays enclavé, a une structure économique très liée à l'activité agricole et à l'élevage (près de 37% du PIB en 2003), elle-même largement dépendante des conditions climatiques. La superficie des terres agricoles a considérablement diminué au cours des dernières décennies (faible irrigation, sécheresse).

Les secteurs industriels (15,4% du PIB) et tertiaires (47,6%) sont peu développés pour permettre de contrebalancer les conséquences socio-économiques des à-coups de la production agricole. En effet, le revenu national par habitant et les conditions socio-économiques des nigériens, dans un contexte de très forte poussée démographique, sont très

dépendants du secteur primaire. L'activité d'extraction minière et, peut-être demain d'hydrocarbures, ne représente pas non plus une source de revenus stables.

Le commerce, activité tertiaire, pourrait éventuellement jouer un rôle dans l'amélioration de la condition économique générale du pays, mais les difficultés d'accès aux flux commerciaux importants et la relative faiblesse des échanges à l'intérieur de la sous région ne permettent pas encore de compter sur ce secteur pour assurer un décollage économique durable. L'annonce par l'Union Européenne de financements importants pour la construction de routes dans trois pays africains, dont le Niger, pourrait cependant contribuer à augmenter les échanges.

La pauvreté largement répandue, les faiblesses du secteur agricole et de l'économie en général dans un pays sahélien où le désert progresse rapidement, les difficultés d'accès aux services de santé et la faible connaissance et acceptation des possibilités de contrôle de la natalité, sont autant de facteurs concourant à la difficulté de mettre en oeuvre des politiques qui conduiraient rapidement le pays à entrer dans les dernières phases de la transition démographique (augmentation de l'espérance de vie et réduction de la natalité vers des taux voisins du taux naturel de renouvellement).

Dans ce contexte, l'extension de l'accès aux services de santé, notamment de la reproduction et de la gestion intégrée de la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que l'accès à la planification familiale, représentent des défis majeurs pour le Niger.

Selon l'Enquête Nationale Budget Consommation (ENBC 1992 –1993) 63% de la population nigérienne se situe en dessous du seuil de pauvreté et 34% en dessous du seuil d'extrême pauvreté.

Quelques indicateurs socioéconomiques (Source 3^e RGP/H 2001)	
Population de moins de 15 ans	49,4%
Population de 65 ans et plus (proj. 2005)	2,7%
Densité (habitants au km ² RGP/H 2001)	8,5%
Taux d'urbanisation (proj. 2005)	17,6%
Taux d'accroissement de la population	3,3%
Indice synthétique de fécondité (proj. 2005)	7,2%
Taux de mortalité maternelle pour 100 000	7‰
Taux brut de natalité (proj. 2005)	47,7‰
Taux brut de mortalité (proj. 2005)	20,4‰
Taux brut de mortalité infantile (proj. 2005)	108,2‰
Le taux brut de scolarisation en 2004	50%
Le taux d'alphabétisation national (en 2000)	20%
Espérance de vie (nombre d'années)	49,6 ans
PIB/habitant	120 976 FCFA

1.2. Cadre institutionnel de la lutte contre le Paludisme

1.2.1. Organisation du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies

Depuis 2004, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies (MSP/LCE) s'est engagé dans un processus de mutations institutionnelles et humaines en vue de revitaliser le secteur.

Le MSP/LCE a ainsi connu plusieurs modifications de ses attributions et de son organigramme suite à l'ordonnance 99-56 du 22 novembre 1999 déterminant l'organisation générale de l'Administration Civile et fixant ses missions:

➤ *Niveau Central*

La volonté de modernisation et d'adaptation du secteur de la santé à l'évolution des besoins du pays s'est traduite essentiellement par le décret N0 2005-083/PRN/MSP/LCE du 22 Avril 2005 portant organisation du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies.

L'administration centrale comprend :

- Le Cabinet du Ministre (Ministre, Inspection Générale des Services, Conseillers Techniques)
- Secrétariat Général (Secrétaire générale, Secrétaire Général Adjoint)
- Deux (2) Directions Générales (DGSP, DGR)
- Douze (12) Directions Nationales (DEP, DLC, DAID/RP, DS, DAF, DIE, DOS, DPHL/MT, DLM, DSR, DHP/ES, DRH).

Chaque direction est subdivisée en divisions et en services dans le cadre de ses missions.

Par ailleurs, le MSP/LCE exerce la tutelle sur les établissements publics à caractères administratifs et les centres nationaux de référence qui sont :

- L'Hôpital National de Niamey ;
- L'Hôpital National de Zinder ;
- L'Hôpital National Lamordé ;
- La Maternité Issaka Gazobi ;
- Le Centre National Anti Tuberculeux ;
- Le Centre National Dermato Lèpre ;
- Le Centre National Radio Protection ;
- Le Centre National de Transfusion Sanguine ;
- Le LANSPEX ;
- L'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques ;
- Les Ecoles Nationales de Santé Publique de Niamey et de Zinder et
- L'Institut de Santé Publique de Niamey.

Les Programmes verticaux sont sous la tutelle de la DGSP à travers la Direction de la Lutte contre la Maladie.

La principale mission du niveau central est l'élaboration de la politique nationale de santé ; il veille également à la planification, au contrôle, au suivi et à l'évaluation des programmes de santé.

➤ **Niveau Régional (DRSP/LCE)**

Les Directions Régionales de la Santé Publique et de la lutte contre les Endémies (DRSP/LCE) sont dirigées par des médecins spécialisés en santé publique. Ils veillent à l'application et au respect de la politique sanitaire définie par le niveau central. Les DRSP/LCE sont chargées notamment de la planification, du suivi de la mise en oeuvre des activités des plans d'action annuels, de la coordination des PTF régionaux, du contrôle et de l'évaluation continue des programmes de santé, ainsi que les activités du secteur privé dans la région.

Ils apportent un appui technique aux districts sanitaires. Les DRSP sont sous l'autorité directe des Gouverneurs sur le plan administratif. Sur le plan technique, ils sont rattachés au secrétariat général du MSP/LCE.

➤ **Niveau Départemental (Districts Sanitaires)**

Le district sanitaire constitue le niveau opérationnel dans le système de santé. Les districts sont dirigés par des médecins chefs de district qui assurent la mise en oeuvre de la politique sanitaire. Ils sont également chargés de la planification, du suivi de la mise en oeuvre des activités des plans d'action annuels des districts, de la coordination des PTF intervenant dans le district, du contrôle et de l'évaluation des programmes de santé ainsi que des activités du secteur privé.

Les médecins chefs des districts sont sous l'autorité directe du préfet sur le plan administratif, et sur le plan technique, ils sont sous la tutelle des DRSP. Les districts sanitaires sont gérés par une équipe cadre de district dirigée ayant à sa tête soit un médecin généraliste, soit un médecin spécialisé en santé publique ou autre.

1.2.2. Politique sanitaire nationale

L'amélioration de l'état de santé et du bien-être social des populations nigériennes est une constante de tous les actes fondamentaux adoptés par le Niger.

Les constitutions successives adoptées font de la santé un droit pour tout citoyen nigérien. La consécration du droit à la santé pour tous est également rendue effective par l'adhésion du Niger à la déclaration universelle des droits de l'homme.

Au plan de la politique nationale de santé, l'évolution est marquée par deux (2) options. De 1960 à 1978, les actions sanitaires étaient essentiellement axées sur les soins curatifs.

A partir de 1978, l'adhésion du Niger à la Déclaration d'ALMA-ATA sur les Soins de Santé Primaires (SSP) affecte notablement les orientations stratégiques de la politique nationale. Pour affirmer son engagement à faire des SSP la principale stratégie du développement sanitaire, le programme national d'auto-encadrement sanitaire basé sur les équipes de santé villageoises (secouristes et matrones) fut développé en donnant la priorité au milieu rural. L'évaluation finale de cette expérience menée de 1980 à 1986 n'a pas donné les résultats escomptés.

Les leçons tirées de l'auto encadrement et son attachement aux principes fondamentaux d'équité, de justice et de solidarité qui sous-tendent les SSP ont conduit le Niger à souscrire à la Déclaration de Lusaka en 1985. Celle-ci décrit le cadre organisationnel pour le développement d'un système de santé basé sur les SSP : scénario de développement sanitaire en trois phases. Pour rendre fonctionnel un tel système, la Déclaration de Bamako ou Initiative de Bamako prise par le Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique en 1987 fut adopté pour accélérer la mise en œuvre des SSP au niveau des Districts sanitaires.

L'engagement du Niger pour l'amélioration de la santé et du bien-être social de ses populations s'est exprimé à travers plusieurs autres résolutions :

- La Décennie Internationale de l'eau potable et de l'assainissement (1980-1990) adoptée par les Nations Unies en 1977 ;
- La Déclaration Mondiale en faveur de la Survie des enfants en 1990 suivie par un plan d'action national ;
- La Conférence Internationale sur la Nutrition, Rome en 1992 ;
- La Conférence Internationale sur l'eau et l'environnement, janvier 1992 à Dubhaï ;
- L'Initiative Afrique 2000, Dakar 1992 ;
- Le Consensus de Dakar en 1993 par lequel les signataires réaffirment leur engagement au respect de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant, la Déclaration et le plan d'action du sommet mondial pour l'enfant, la Charte Africaine du Droit et du Bien-être de l'enfant ;
- La Conférence Internationale sur la population et le développement, Caire 1994 ;
- La Conférence Ministérielle sur l'eau potable et l'assainissement environnemental ;
- La quatrième Conférence mondiale sur les Femmes, Beijing en 1995 ;
- La Conférence des Chefs d'Etat sur le Paludisme, Abuja en 2000 ;
- Le Sommet Mondial sur le Développement Social ;
- La Conférence des Chefs d'Etats sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme à Abuja en 2006.

A partir des années 1990, un processus de Planification fut initié. Ainsi, avec la ferme volonté d'améliorer l'état de la santé de la population aux échéances 2000 dans un cadre global de décentralisation, un Plan de Développement Sanitaire (PDS 1994-2000) fut élaboré, et une Déclaration de Politique Sectorielle adoptée par le Gouvernement en juillet 1995. Dans la même période, une Politique Pharmaceutique Nationale a été élaborée. Le système de santé rentre alors dans une ère de priorité aux renforcements des Districts Sanitaires. La politique Sectorielle de Santé vise « l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des individus, des familles et des communautés ».

Le bilan de la mise en œuvre du PDS 1994-2000 fait ressortir plusieurs problèmes liés à l'état sanitaire et à l'environnement. Au regard de ces problèmes et pour tenir compte des dispositions contenues dans la constitution d'août 1999 qui vise à garantir le droit à la santé à tous les citoyens Nigériens, une nouvelle Déclaration de Politique Sectorielle de Santé a été adoptée en mai 2002.

À la suite de l'adoption de cette Déclaration, plusieurs Programmes dont le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ont élaboré des Plans Stratégiques. Ainsi, pour atteindre les objectifs d'Abuja, le PNLN a élaboré le Plan Stratégique National du Niger : « Faire Reculer le Paludisme » 2001-2005. Un nouveau Plan de Développement Sanitaire pour la période 2005-2010 a été élaboré et adopté par le Gouvernement le 18 février 2005. Tous ces documents de Politique et Plans rentrent dans le cadre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) et de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

1.2.3. Financement du secteur de la santé

La santé est l'un des secteurs sociaux considérés dans la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) qui permet d'atteindre les objectifs de développement économique et de réduction de la pauvreté du pays. Ceci témoigne toute l'attention devant être portée sur ce secteur à travers entre autre la mise en œuvre d'un Programme de Dépense visant à augmenter la part relative de ce dernier.

Cependant, le secteur de la santé à l'instar des autres secteurs souffre profondément des problèmes économiques que connaît le pays malgré la priorité qui lui est accordée. Ces problèmes entravent le bon fonctionnement des formations sanitaires à cause de l'insuffisance des ressources qui leur sont allouées face au besoins de plus en plus croissants.

L'analyse du financement public de la santé fait apparaître une insuffisance notoire de ressources allouées au secteur. Selon les normes recommandées par l'OMS, 10% du budget de l'Etat et récemment 15% selon les engagements pris par les Chefs d'Etat à Abuja en l'an 2000, devraient être consacrés à la santé.

Au Niger, malgré la situation économique et financière difficile, la part du budget de la santé dans celui de l'Etat a sensiblement progressé. De 2001 à 2003 elle passe respectivement de 7,3%, 7,9% et 8,8% avant de connaître une contre performance en chutant à 6,4% en 2004. Il y a lieu de constater qu'en dépit des difficultés économiques et financières, l'Etat demeure le principal bailleur de la santé en assurant 40,39% de la dépense nationale de santé en 2004 (RDP secteur santé exercice 2004).

1.2.4. Organisation du système de santé

L'organisation du système de santé est calquée sur le découpage administratif du pays.

L'organisation administrative comprend 3 niveaux :

- L'Administration Centrale (niveau stratégique) constitué par le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général et des Directions Centrales ;
- Les Directions Régionales de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies (niveau d'appui technique) ;
- Les Equipes Cadres de Districts (ECD) (niveau opérationnel) ;

L'organisation technique comprend également 3 niveaux qui constituent la pyramide sanitaire :

- Le niveau Central garant de l'appui stratégique est constitué des Hôpitaux Nationaux et les Centres Nationaux Spécialisés.
- Le niveau Régional ou niveau intermédiaire représenté par les Centres Hospitaliers Régionaux et les Maternités de Référence ;
- Le niveau Opérationnel (districts) avec les Hôpitaux des Districts et leurs réseaux de Centres de Santé Intégrés et de Cases de Santé.

Dans le cadre du suivi évaluation des Plans et Programmes, il a été créé des organes de décision et des organes techniques de suivi selon le niveau de la pyramide sanitaire.

Les organes de décision ont la responsabilité pour donner les orientations, apprécier les résultats et décider de l'affectation des ressources. Quant aux organes techniques, ils assurent l'exécution et la gestion au quotidien des Plans et Programmes et rendent compte aux organes de décision lors des rencontres prévues à cet effet.

A la fin 2004, la situation des infrastructures sanitaires publiques se présentait comme suit :

- 3 Hôpitaux Nationaux
- 3 Maternités de référence
- 6 Centres Hospitaliers Régionaux
- 42 Hôpitaux de Districts
- 578 Centres de santé Intégrés type 1 et 2
- 1951 Cases de santé (Programme Spécial du Président de la République) dont 1201 fonctionnelles.

1.2.5. Carte sanitaire

Il n'existe pas de carte sanitaire mis à jour. Il faut cependant rappeler qu'en 1994, l'OMS avait appuyé le Ministère en vue d'élaborer une carte sanitaire nationale qui devrait guider la mise en œuvre du PDS 1994-2000. Douze (12) ans après, dans le cadre de la mise en œuvre du PDS 2005-2010, la nécessité de réactualiser cette carte sanitaire s'impose. Cela pourrait se faire avec le processus d'élaboration des Plans de Développement Sanitaires des Régions (PDSR) et des Districts (PDSD).

1.2.6. Ressources humaines dans le secteur de la santé

La performance des services de santé dépend en grande partie de la disponibilité des ressources humaines tant en quantité qu'en qualité. A la fin de l'année 2004, selon les données disponibles à la Direction des Ressources Humaines, les effectifs globaux du ministère de la santé publique et de la lutte contre les endémies (cadres, auxiliaires et contractuels) sont estimés à environ 6205 agents. Sur ces 6205 agents, 4435 (71,47%) sont des cadres, 1280 (20,62%) sont des auxiliaires et 490 (7,89%) sont des contractuels.

Avec ce nombre d'employés, le MSP/LCE possède l'un des effectifs le plus élevé de la fonction publique du Niger. Au plan budgétaire, il absorbe bon an mal an plus du cinquième de la dotation budgétaire du secteur. Néanmoins, ce personnel est globalement insuffisant avec des ratios beaucoup moins meilleurs comparés aux normes de l'OMS.

Tableau N° 1 : Ratio personnel de santé/ habitant

Catégorie	Effectif	Ratio	Norme OMS
Médecin	353	1 pour 34 506 Hts	1 pour 10 000 Hts
Pharmacien	18	1 pour 676 696 Hts	1 pour 20 000 Hts
Chirurgien Dentiste	12	1 pour 1 015 043 Hts	1 pour 50 000 Hts
Infirmier	2285	1 pour 5331 Hts	1 pour 5000 Hts
Sage-femme	470	1 pour 5702 femmes en âge de procréer	1 pour 5000 femmes en âge de procréer

Source : Revue des Dépenses Publiques du secteur santé, Exercice 2004

On note également un déséquilibre très criard dans la répartition du personnel entre le milieu rural et le milieu urbain où est concentrée ce dernier tant en quantité qu'en qualité.

1.2.7. Structures sanitaires privées

La politique nationale de promotion du secteur santé a défini par décret du 17 mars 1997 le cadre global pour le développement du secteur privé.

Le secteur sanitaire privé est constitué en particulier de structures de soins dont l plateau technique est variable (voir ci-dessous) :

Tableau 2 : Structures sanitaires privées au Niger

Type de structure	Niamey	Hors Niamey	%Niamey	Total
Cliniques et Polycliniques	23	7	77%	30
Centre médical	19	0	74%	43
Centres spécialisés	13	11		
Salle de soins	81	47	63%	128
Total	136	65	68%	201

Source: Résultats Enquête-PDS, Avril 2004

Les autres structures comprennent 10 cabinets médicaux, 3 centres d'accouchement, de soins prénataux et de planification familiale, 2 cabinets de psychologue, 3 cabinets de physiothérapie, 48 postes de santé, 3 hôpitaux privés, 13 pharmacies privées et 215 dépôts de médicaments.

1.2.8. Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle demeure le premier recours des malades, particulièrement en milieu rural, dans un contexte où les traditions et la spiritualité sont extrêmement marquées (utilisation de plantes ou d'éléments minéraux connus de manière ancestrale, incantations effectuées par les imams, recours aux pouvoirs mystiques ...). En fin 2001, la Direction de la Pharmacopée Traditionnelle a été créée comme une branche de la DGPHL/PT.

La formation des agents de santé dans ce domaine et une information de la population sur le recours à une médecine traditionnelle de qualité qui respecte les normes établies sont des activités prioritaires.

L'OMS a établi un partenariat qui prône une médecine traditionnelle de qualité. Les pathologies suivantes sont déjà prises en compte : Paludisme, Drépanocytose, VIH/SIDA, Diabète, Hypertension artérielle.

1.2.9. Programme National de lutte contre le Paludisme

C'est une Structure Nationale de Santé créée par arrêté Ministériel en Août 1984 suite à une résolution de l'Organisation Mondiale de la Santé demandant aux pays d'endémie palustre de mettre en place des Programmes spécifiques de lutte contre cette maladie.

Depuis sa création le Programme Paludisme a connu quatre tutelles :

- ❖ 1984 à 1988 : il était placé sous la tutelle de la Direction des Etablissements de Soins (actuelle Direction Générale de la Santé Publique) ;
- ❖ 1989 à 1993 : sous la tutelle de la Direction de la Santé Familiale ;
- ❖ 1994 à 2000 : sous la tutelle de la Direction des Etudes et des Programmations ;
- ❖ depuis 2000 : sous la tutelle de la Direction Générale de Santé Publique.

Au cours des 3 premières tutelles, le Programme a demeuré sans inscription de ligne budgétaire pour son fonctionnement ; cependant, il a bénéficié de quelques financements pour des équipements, des formations et l'approvisionnement en médicaments antipaludiques.

Suite au dernier décret portant organisation et attributions du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies, le PNLP a été placé sous la Tutelle de la Direction Générale de la Santé Publique.

La principale mission du Programme est la conception, la coordination et l'évaluation de la politique nationale de lutte contre le Paludisme. Le Programme est composé d'une coordination nationale, de 5 services et 8 sections. Il est représenté à l'intérieur du pays par 8 Coordonnateurs Régionaux. Cette restructuration a commencé suite à la participation du Chef d'Etat au premier sommet Africain sur l'Initiative FRP tenu le 25 avril 2000 à Abuja au Nigeria.

L'engagement du pays dans la lutte contre le Paludisme s'est traduit par l'implication personnelle du Président de la République, Chef de l'Etat, dans le suivi de la mise en œuvre des interventions retenues dans le cadre des priorités du plan d'action adopté par les Chefs d'Etats et de Gouvernement à Abuja en 2000.

Témoin de cela, la décision qu'il a prise en désignant depuis 2001 une de ses épouses comme Marraine du Programme National de Lutte contre le Paludisme. Ainsi, elle accompagne le PNLN de façon bénévole dans l'appui aux actions de mobilisation sociale et de plaider en faveur de la lutte contre le Paludisme.

1.3. Aperçu sur le cadre du Partenariat

Le document cadre du partenariat édité en 1995 (repris textuellement dans les Orientations Stratégiques pour le Développement Sanitaire de la première décennie du 21^{ème} siècle: 2002-2011) précise les rôles et responsabilités des partenaires notamment en demandant :

- d'intégrer leurs interventions à la programmation nationale ;
- de veiller à la complémentarité de leurs interventions ;
- de participer aux activités des organismes de concertation avec l'Etat et la population aux différents niveaux d'intervention.

Au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies, la Direction des Etudes et de la Programmation, créée en 1988 est chargée de la coordination du suivi et de l'évaluation de toutes les interventions extérieures dans le secteur de la santé. Elle assure cette tâche par l'utilisation des outils de gestion disponibles et en collaboration avec les différentes institutions sanitaires et les partenaires.

Il existe une liste non exhaustive de 22 partenaires techniques et financiers (PTF) extérieurs qui doivent accompagner le MSP/LCE pour la mise en œuvre du plan de développement sanitaire 2005-2010. Ceux-ci pourraient apporter leur appui à la lutte contre le Paludisme.

1.3.1. Implication de la population et décentralisation

Pour qu'elle soit effective et efficiente, la lutte contre le Paludisme a besoin d'une mobilisation des partenaires afin d'améliorer au maximum l'utilisation des ressources humaines, financières et matérielles. Ce partenariat s'inscrit dans le cadre d'une participation multisectorielle faisant intervenir les communautés, les ONG, les autres ministères ainsi que les partenaires au développement.

Avec le nouveau découpage administratif, la gestion des affaires locales est dévolue aux populations. Celles-ci sont de plus en plus impliquées dans la résolution des problèmes de développement à travers leurs représentants qui sont les élus locaux mais également avec les comités villageois de participation communautaire décentralisés (comité villageois de développement, comité villageois de santé et comité de gestion des CSI et cases de santé).

1.3.2. Partenariat avec la société civile

Les ONG et Associations du secteur santé constituent des partenaires potentiels pouvant contribuer à l'amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité des prestations des soins et services de santé. Quatre vingt onze (91) ONG et Associations dont 83 nationales ont participé au forum national des ONG et associations du secteur santé du Niger en Décembre 2000.

L'implication des ONG/Associations locales est surtout axée sur la sensibilisation des populations, la mobilisation sociale, la prise en charge des cas à domicile, au niveau communautaire ; la chimioprophylaxie antipaludique chez les femmes enceintes; la lutte anti vectorielle et la promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée.

Parmi les ONG/Associations partenaires du PNLN, on peut citer :

- ANSP : Mobilisation sociale, vulgarisation des MII
- PLAN Niger : vulgarisation des moustiquaires ;
- Care International Niger : Survie de l'enfant et IEC ;
- MSF : Prise en charge des cas ;
- CCISD : bénéficiaire principal du round 3 du FMSTP ;
- Croix Rouge/Niger : bénéficiaire principal du round 4 du Fonds Mondial ;
- ROASSN : Mobilisation sociale
- ACTN : Mobilisation Sociale

1.3.3. Contribution de la coopération bilatérale et multilatérale

Dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérales les principaux domaines d'intervention sont le renforcement des capacités, le suivi évaluation, l'IEC et le plaidoyer.

Parmi les principaux partenaires externes appuyant le secteur de la santé, on note :

- OMS : elle apporte un appui technique et financier au programme dans les domaines de la prise en charge des cas, la prévention, la recherche, le suivi évaluation et l'appui institutionnel. Elle assure aussi la coordination avec les autres partenaires dans le domaine de la santé en général et particulièrement en faveur de Roll Back Malaria. Elle assure le plaidoyer et contribue à mieux mobiliser les ressources financière.
- UNICEF : elle déploie des moyens humains, financiers et matériels dans la lutte contre le Paludisme en particulier sur la prise en charge des cas, la prévention, la recherche et l'appui institutionnel particulièrement pour les enfants, les femmes enceintes, la supervision et la mobilisation sociale dans sa zone d'intervention ;
- FMSTP: apporte un complément pour la mise à l'échelle des interventions de lutte contre le Paludisme dans les districts sanitaires (rounds 3,4 et 5)

- PNUD : n'intervient pas encore suffisamment dans la lutte antipaludique, mais plutôt dans un cadre global de lutte contre la pauvreté. Le PNUD est bénéficiaire principal pour la composante Paludisme du round 5;
- Banque Mondiale : tout comme le PNUD, elle intervient dans la lutte contre la pauvreté mais s'apprête à investir dans la lutte antipaludique par son Booster programme;
- BAD : lutte contre la pauvreté et intervient dans l'amélioration de la couverture sanitaire. Elle compte dans les prochaines années mener des actions directes de lutte contre le Paludisme et le SIDA ;
- Union européenne : dans le cadre du 8^{ième} FED a eu à financer des activités du PNLN et souhaite continuer son intervention;
- FAD: apporte un appui institutionnel au PNLN, intervient dans deux (2) régions en matière de mobilisation sociale et la mise en place des intrants de la lutte antipaludique;
- Coopération française : intervient dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé, dans deux (2) districts sanitaires (Niamey Commune II et Tchirozérine). Elle a initié le Projet RBM Sahel (pour 7 pays de la sous-région dont le Niger) ;
- Coopération allemande (GTZ Alafia) : fin 2004 a appuyé la lutte antipaludique dans deux districts sanitaires (Ouallam et Tahoua) par la réalisation et la diffusion des spots de sensibilisation à la radio en saison de haute transmission de Paludisme, ainsi que la fourniture d'antipaludéens en appui ponctuel;
- Coopération japonaise (JICA) a eu à élaborer un projet d'appui en équipement au bénéfice de 12 Districts sanitaires. La mise en œuvre du projet en 2002 a constitué l'un des premiers acquis pour la mobilisation des ressources en faveur du plan stratégique de lutte contre le Paludisme au Niger 2001-2005. Elle apporte aussi une assistance technique, un appui en équipements et autres produits de lutte contre le Paludisme à travers des dons;
- Coopération belge : intervient à Dosso et au District III de Niamey dans le cadre de l'assistance technique, l'extension de la couverture sanitaire et la formation.

1.3.4. Collaboration inter et intra sectorielle

☞ *Au niveau du Ministère de la santé publique et de la lutte contre les endémies :*

Le Groupe multisectoriel de facilitateurs RBM créé en 1999 contribue à la préparation des stratégies et des activités en faveur des journées de mobilisations sociales telles que : la journée africaine du Paludisme, la semaine nationale de mobilisation sociale et les activités spécifiques de plaidoyer. En plus de ce groupe de facilitateurs qui appuie le PNLN, d'autres mécanismes de coordinations existent à travers les services ou comités, tels :

- ❖ Le comité national et les comités régionaux chargés de la gestion des épidémies: surveillance et mise en place de stocks de sécurité pour répondre aux épidémies;
- ❖ Les chefs des centres de la surveillance épidémiologique (CSE) au niveau des hôpitaux de districts et les chefs service de la programmation et l'information sanitaire (SPIS) au niveau des directions régionales de la santé publique sont les responsables de la collecte de données épidémiologiques au niveau périphérique et intermédiaire. Cette collecte de données s'effectue de façon hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle et semestrielle dans toutes les formations sanitaires ;
- ❖ Le SNIS centralise toutes les données, les partage et les traite avec le PNLP;
- ❖ Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques;
- ❖ Programmes techniques de lutte contre la maladie : Direction de la Santé de la Reproduction, la PCIME, le PNEVG, la division de l'Hygiène Publique;
- ❖ Service de la Météorologie : prédiction et prévision pluviométrique ;
- ❖ Laboratoires Nationaux : activités de collecte d'échantillon et contrôle de qualité.

➤ **Au niveau des autres départements ministériels:**

Les interventions se font de manière substantielle dans le secteur de la santé en général et dans la lutte contre le Paludisme en particulier. C'est ainsi qu'un comité de pilotage du processus de mise en œuvre de l'initiative RBM a été créé, il est composé des différents secrétaires généraux de ministères, et présidé par le Secrétaire Général à la Santé. Ce comité est demeuré non fonctionnel. Une réactivation s'impose en tenant compte de la dynamique actuelle du PNLP.

Aussi, le PNLP entretient des rapports de collaborations avec les ministères de ministères de l'Agriculture, de l'Education, de la Communication, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant, et de l'Aménagement du Territoire

➤ **Universités, Institutions de recherche et écoles de santé**

De façon spécifique, le PNLP collabore avec les institutions et écoles de formation, notamment dans le domaine de la recherche et de la surveillance épidémiologique du Paludisme :

- ❖ Facultés des Sciences et Ecoles de Santé : plaidoyer, études sur la pharmacopée traditionnelle et encadrement des thèses et mémoires d'études;
- ❖ CERMES : entomologie, biologie, Préparation et riposte aux épidémies.
- ❖ ACMAD, AGRHYMET, IRI : prédiction, prévision des épidémies de Paludisme.

1.3.5. Contribution du Secteur privé

Le secteur privé est impliqué dans la lutte contre le Paludisme en particulier dans sa composante prise en charge des cas (Cliniques et cabinets de soins, centrales d'achat des antipaludiques, pharmacies et dépôts de médicaments). Aussi, plusieurs opportunités de partenariat s'offrent en particulier dans l'importation des moustiquaires imprégnées longue durée et les insecticides.

1.3.6. Collaboration avec les pays de la sous région

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

- ❖ RAOTAP : Plaidoyer, suivi de la résistance du Plasmodium falciparum aux antipaludiques usuels, renforcement des capacités des prestataires ;
- ❖ UEMOA : cadre adéquat d'échange en matière de santé, approvisionnement en médicaments essentiels génériques et élaboration des textes réglementaires de détaxe ;
- ❖ OOAS : à travers la fusion des anciennes structures de lutte contre les grandes endémies, l'organisation constitue un cadre nouveau offrant des possibilités de coopération en matière de lutte contre le Paludisme notamment les financements des réseaux RAOTAP et RAOPAG.
- ❖ Commissions mixtes de coopération bilatérales avec le Nigeria, le Mali, le Burkina Faso, le Bénin à travers des commissions sectorielles santé : véritables instruments permettant des échanges sur des stratégies communes de lutte contre les maladies en particulier celles à potentiel épidémique comme le Paludisme ;
- ❖ Algérie : échanges périodiques de données épidémiologiques (morbidité, mortalité, épidémies) sur le Paludisme en particulier pour assurer une surveillance à la frontière et sur la route Transsaharienne ;

2. SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU NIGER

2.1. Aspects épidémiologiques

Le Paludisme constitue l'une des premières causes de morbidité et de mortalité chez les enfants après les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës. Le Paludisme au Niger est de type instable. Il présente des faciès épidémiologiques variables en fonction des régions ; toutefois, de grandes variations, d'une année à l'autre, peuvent être observées au cours d'une même année avec des pics pendant la saison pluvieuse.

Carte n° 2 : Présentation des trois strates épidémiologiques du paludisme au Niger

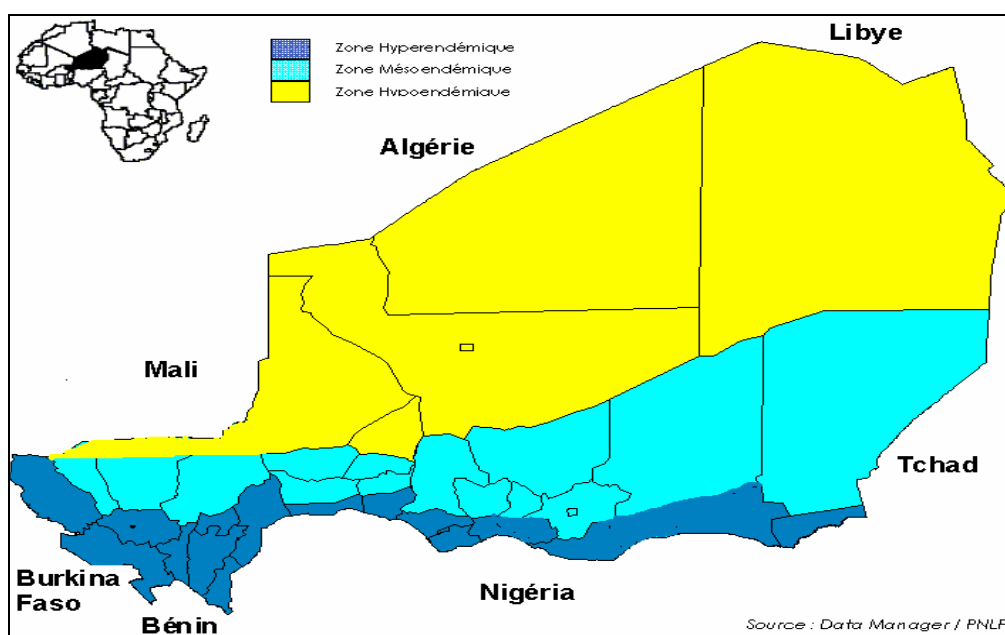


Figure N° XX: Strates épidémiologiques du Paludisme au Niger

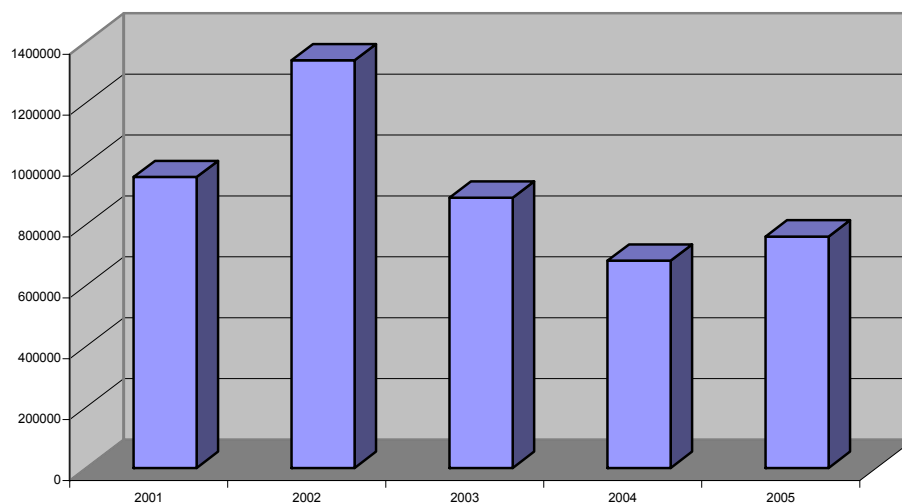
Globalement, il existe 3 types de faciès épidémiologiques au Niger:

- une zone de Paludisme stable à l'extrême sud ;
- une zone intermédiaire avec une transmission saisonnière courte ;
- une zone de Paludisme instable épidémique, située au nord du pays où la transmission est faible.

Le *Plasmodium Falciparum* est la forme prédominante dans toute la moitié sud du territoire ; il est souvent associé au *Plasmodium malariae* (2 à 8%) et beaucoup plus rarement au *plasmodium ovalae* (2%); il y a une grande variabilité dans l'espace et le temps de la prévalence parasitaire avec surtout une persistance à un niveau bas de la prévalence parasitaire dans la zone saharienne (Ingall).

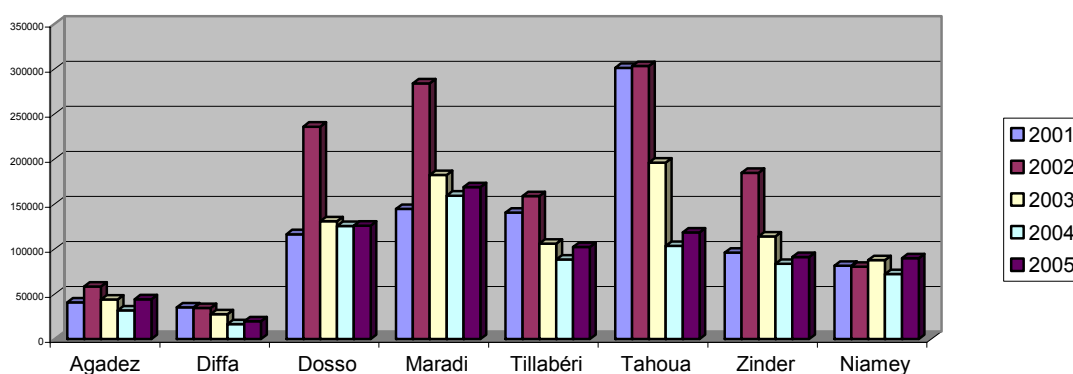
Au total, 18 espèces d'anophèles ont été inventoriées dont seulement 3 ont une importance épidémiologique : *Anophèles gambiae s.s*, *Anophèles arabiensis* et *Anopheles funestus*.

Graphique 1: Répartition des cas de paludisme par année au Niger



Chaque année, il est notifié en moyenne 850 000 cas de Paludisme au niveau des formations sanitaires et le taux de létalité varie de 18% en 2000 à 6% en 2005. Ce taux ne reflète pas la réalité car d'une part, il y a une sous notification des cas dans les formations sanitaires, et d'autre part la majorité des décès non recensés surviennent au sein des communautés.

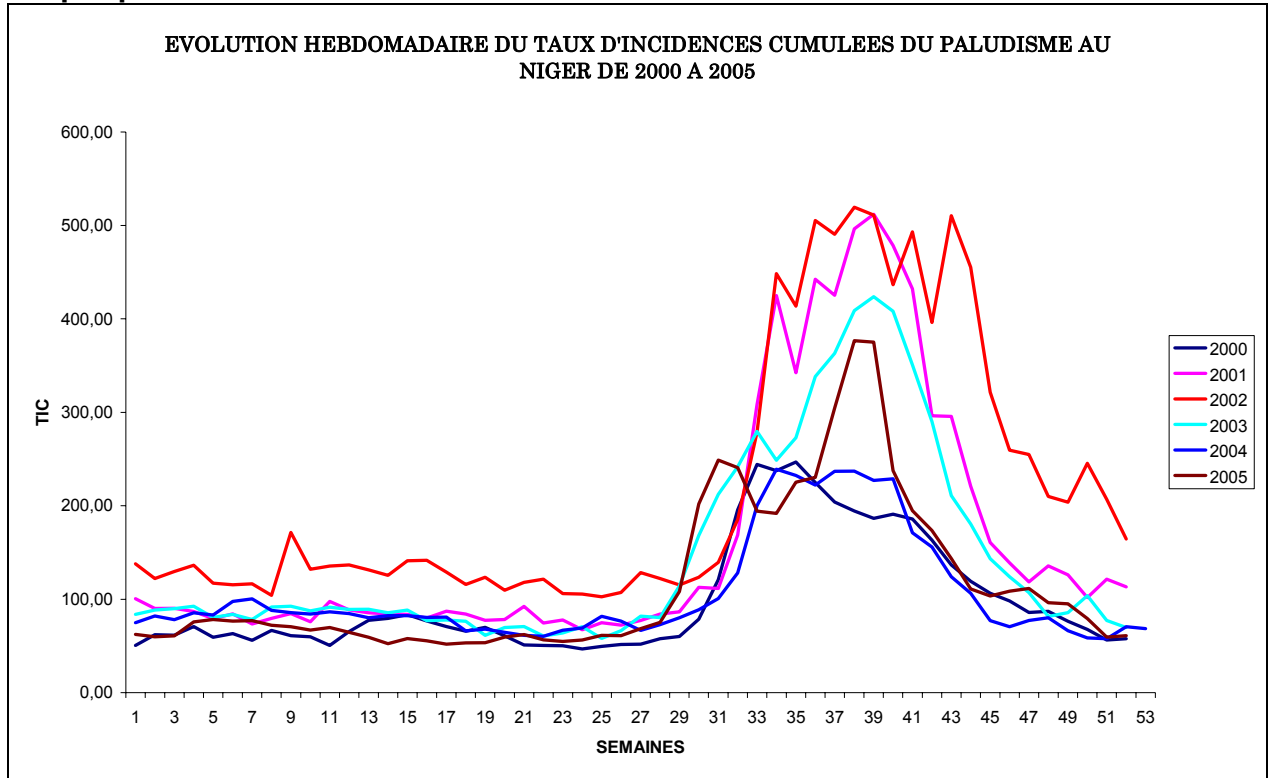
Graphique 2 : Répartition des cas de paludisme par région et par an



Il ressort du graphique ci-dessus, d'une part la nette diminution du nombre de cas de Paludisme dans les régions à partir de 2003, et d'autre part l'importance de la maladie dans les régions de Dosso, Maradi, Tillabéri, Tahoua et Zinder.

Toute la population nigérienne est exposée au Paludisme. Il y a une grande variabilité dans la répartition annuelle des cas de Paludisme d'une région à l'autre du pays. Les régions de Diffa et Agadez enregistrent moins de cas alors que celle de Tahoua et Maradi enregistrent plus de cas. Cette différence peut s'expliquer par l'inégalité de la répartition de la population qui est plus concentrée au sud et au centre (Tahoua, Maradi..), alors que la zone sahélo saharienne qui occupe les 2/3 du pays est moins peuplée et peu propice à la transmission du Paludisme.

Graphique 3



A partir de 2002, début de la mise en œuvre du plan stratégique 2001- 2005, on note une diminution significative du nombre des cas jusqu'en 2004 avec une légère augmentation en 2005.

L'amélioration constatée après la mise en œuvre du premier plan stratégique est tributaire des efforts entrepris dans la prévention (distribution gratuite de moustiquaires imprégnées longue durée, campagne massive d'imprégnation et de réimprégnation des moustiquaires, assainissement du milieu, sensibilisation, renforcement des capacités, partenariat...).

En 2005, le Niger a connu une crise alimentaire qui a contribué à une dégradation de l'état de santé des populations en général et des enfants en particulier avec pour corollaire une augmentation du nombre des cas de Paludisme. Cette situation peut aussi s'expliquer soit par l'amélioration de la notification des cas, soit par les mouvements de populations. Habituellement, le maximum des cas (pics) est observé en août et septembre de chaque année.

Le risque d'épidémie devient une menace quasi constante du fait des changements climatiques (grandes pluies) et du développement des cultures irriguées en zones riveraines des cours d'eau et dans les oasis. Au niveau du pays, 11 districts ont été identifiés comme étant à risque épidémique de Paludisme.

2.2. 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 antivectorielle. 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^{ème} sommet de , 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.

Le Sommet 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 où une Déclaration et un Plan d'action 2001-2005 avaient été adoptés.

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 (Round R3, R4 et R5) 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 des pays 2001-2005 et 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.

2.3. Situation actuelle de la lutte contre le Paludisme

2.3.1. Objectif de la lutte antipaludique

La lutte antipaludique au Niger a pour objectif de contribuer à l'atteinte des résultats du Plan de Développement Sanitaire 2005-2010, notamment la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile.

2.3.2. Stratégies de lutte antipaludique

Les stratégies de lutte en cours sont issues du document de politique nationale de lutte antipaludique révisé en janvier 2005 et s'inspirent fortement de la politique nationale de santé. Il s'agit notamment des stratégies suivantes :

➤ *Prise en charge des cas de Paludisme*

Dans la révision de sa politique de lutte antipaludique, le Niger a conservé la quinine injectable pour le traitement des cas de Paludisme grave et introduit les combinaisons à base de dérivés d'artémisinine en comprimé pour le traitement du Paludisme simple (Artémether-Luméfántrine dosée à 20 mg d'Artémether et 120 mg de Luméfántrine, ou tout autre CTA sur dérogation spéciale du Ministère de la santé).

Il est important aussi de souligner que dans le document de la nouvelle politique de lutte antipaludique il est noté l'interdiction de l'utilisation des monothérapies à base d'artémisinine et le maintien provisoire de la chloroquine en comprimé pour le traitement du Paludisme simple chez les nourrissons de moins de 5 Kg et les femmes enceintes.

➤ *Prévention du Paludisme pendant la grossesse*

En plus de l'utilisation des moustiquaires imprégnées par les femmes enceintes, le nouveau document de politique de lutte antipaludique prévoit la promotion du Traitement Préventif Intermittent (TPI) avec la Sulfadoxine-Pyriméthamine comme stratégie de prévention du Paludisme pendant la grossesse. Le traitement préventif intermittent (TPI) à raison de 2 cures de 3 comprimés de Sulfadoxine 500mg et Pyriméthamine 25 mg se fera en deux prises supervisées et espacées d'au moins un mois, entre le 4^{ème} et le 8^{ème} mois de la grossesse.

Aussi, il est recommandé de donner 3 doses de SP aux femmes enceintes sero-positives.

➤ *Lutte antivectorielle*

Il est inscrit dans le document de politique nationale de lutte antipaludique que le plan stratégique PNLN 2006-2010 permettra au pays de se doter de moyens nécessaires pour faire de la Lutte Intégrée contre les Vecteurs (LIV) un des maillons essentiels de la lutte antipaludique en développant simultanément les actions suivantes :

- Imprégnation et ré-imprégnation massive et régulière des moustiquaires ;
- Traitement ciblé des gîtes larvaires ;
- Pulvérisation intradomiciliaire dans les zones à risque épidémique ;
- Assainissement de l'environnement.
- Vulgarisation de MILD

➤ **Prévision, Prévention et Gestion des épidémies de Paludisme**

Les différents faciès épidémiologiques du Paludisme au Niger font que le pays est exposé chaque hivernage à des risques d'épidémies meurtrières. Devant cette situation, le PNLP a développé un cadre de partenariat avec des institutions spécialisées (CERMES, ACMAD, AGRHYMET) pour la mise en place d'outils et de moyens de prédiction, de prévention et de détection précoce des épidémies de Paludisme.

Ainsi, avec l'aide d'un nouveau logiciel spécifique basé sur un indicateur de seuil épidémique palustre, un système de surveillance épidémiologique a été développé au niveau de certains districts sanitaires pour une détection rapide des épidémies.

Dans le cadre de la riposte aux éventuelles situations d'épidémies de Paludisme, des directives ont été développées dans la politique de lutte antipaludique pour apporter une réponse efficace, notamment en matière d'hygiène et l'assainissement, de promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées à large échelle, de positionnement de stocks d'insecticides, de médicaments antipaludiques et autres matériels, de réactifs et matériels de laboratoire.

➤ **Communication et Mobilisation sociale**

Dans le document de politique nationale de lutte antipaludique, l'accent est mis sur le développement de la mobilisation sociale des populations et la sensibilisation des décideurs locaux sur les méfaits du Paludisme. Ainsi, il est prévu de développer des outils de communication qui seront diffusés à travers les différents canaux traditionnels et médiatiques à l'intention des Autorités politiques, religieuses et coutumières, ainsi que les leaders d'opinions, les écoles, les groupements féminins, les ONG et les Associations.

De même, des programmes de marketing social sur les bienfaits des différentes stratégies de lutte, en particulier la moustiquaire imprégnée de longue durée de rémanence, ont été mis en oeuvre.

2.3.3. Résultats attendus de la lutte antipaludique

Les interventions menées dans le cadre de la politique nationale de lutte antipaludique visent à combattre les effets socio-économiques néfastes du Paludisme de telle sorte que la maladie ne constitue plus un problème de santé publique au Niger.

2.3.4. Cadre des interventions de lutte antipaludique

La lutte antipaludique s'inscrit dans la droite ligne de la Déclaration de Politique Générale du pays et du Plan de Développement Sanitaire 2005-2010 conformément aux principes directeurs de la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté et des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Ainsi, à l'instar des autres pays endémiques de la Région Afrique, le Niger a souscrit très tôt aux différents engagements internationaux en faveur de la lutte contre le Paludisme et a mobilisé d'importantes ressources aussi bien au niveau national qu'auprès des partenaires pour le développement de stratégies efficaces de lutte antipaludique.

2.3.5. Cohérence avec les autres programmes de santé et mode de collaboration

Les interventions de lutte antipaludique s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre la maladie en vue de réduire la morbidité et la mortalité du Paludisme chez les populations à risque. Ainsi, plusieurs synergies existent entre la plupart des programmes prioritaires et le Programme National de lutte contre le Paludisme dans le cadre de l'intégration des interventions prônée par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies. La collaboration avec les structures et programmes prioritaires concerne en particulier les domaines d'intervention suivants :

- ❖ Santé de la Reproduction : formations intégrées du personnel de santé sur la prévention du Paludisme pendant la grossesse et vulgarisation d'un kit de prestations au cours des CPN (Bilan prénatal, VAT, Moustiquaire imprégnée, Sulfadoxine-Pyriméthamine, Fer) ;
- ❖ PCIME : élaboration d'outils didactiques communs et formations intégrées du personnel des formations sanitaires sur la PCIME, y compris le Paludisme ;
- ❖ PEV : organisation de campagnes intégrées de vaccinations/MII au profit des enfants de moins de 5 ans ;
- ❖ SNIS : intégration du suivi et évaluation avec en particulier la mise en commun des outils de collecte, des indicateurs et du système de surveillance intégrée des maladies à potentiel épidémique (SIMR);
- ❖ Hygiène publique et EPS : coordination des activités d'élaboration de supports IEC et d'organisation des campagnes de mobilisation sociale.
- ❖ Formation continue: à travers un cadre de collaboration les écoles de santé et l'université.

Au niveau décentralisé, le PNLDP délègue la mise en œuvre et le suivi de proximité des activités de lutte antipaludique aux équipes des régions et des districts sanitaires.

2.3.6. Mode de financement de la lutte antipaludique

Dans le cadre du financement du secteur de la santé par le budget Etat et les partenaires extérieurs, le PNLP a bénéficié de ressources importantes pour développer les interventions prioritaires inscrites dans le Plan stratégique de lutte contre le Paludisme 2001-2005 (voir Tableau ci-dessous).

Tableau 1: Etat du financement du Plan stratégique PNLP, de 2001 à 2005

ETAT BUDGET / ANNEE	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
Montants planifiés (\$US)	2315385	9998962	9997788	9548558	9228192	41088885
Montants mobilisés (\$US)	438133	2183224	6190303	12234270	11521350	32567315
Taux de mobilisation	19%	22%	62%	128%	125%	79%
Montants décaissés (\$US)	438133	2183224	303468	3859222	14052668	20836715
Montants dépensés (\$US)	438133	2183224	303468	2998373	12774684	18697882
Taux de décaissement	100%	100%	5%	32%	122%	64%
Taux d'absorption	100%	100%	100%	78%	91%	90%

NB : 1 \$US = en moyenne 520 FCFA.

Globalement, le Plan stratégique 2001-2005 a bénéficié d'un cadre favorable pour la mobilisation de la quasi-totalité des financements planifiés grâce à l'accès du pays aux 3^{ème}, 4^{ème}, et 5^{ème} Round du Fonds Mondial SIDA/Tuberculose/Paludisme (19% à 128% de taux de mobilisation, avec une moyenne de 79%).

Toutefois, il faut noter que la forte mobilisation de ressources observées à partir de 2003, ne s'est pas accompagnée de décaissement dans les délais impartis (5% à 122% de taux de décaissement, avec une moyenne de 64%). Il ressort enfin de cette analyse financière que les capacités d'absorption du PNLP sont assez satisfaisantes et qu'elles dépendent essentiellement des délais du décaissement des fonds mobilisés auprès du FMSTP (78% à 100% de taux d'absorption, avec une moyenne de 90%).

2.3.7. Partenariat pour le financement du Plan et Mode de collaboration

L'exécution des différentes activités s'est faite dans le cadre du partenariat constitué autour du PNLP, notamment avec l'appui de l'OMS, de l'Unicef, de la société civile et du personnel des structures sanitaires décentralisées (Directions régionales et Districts sanitaires).

- ☞ Les activités des différentes composantes du Plan stratégique 2001-2005 ont été financées en grande partie par les partenaires extérieurs du PNLP, dans le cadre de la coopération multi/bilatérale et le FMSTP (Voir Tableau N°2).

Tableau 2: Etat du Financement du Plan stratégique par source et par année (\$US)

Source/Année	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
ETAT	25000	25000	8846	444231	342346	845423
OMS	80550	165997	58648	139269	54747	499211
UNICEF	315681	14624	32412	174506	404530	941752
FMSTP (Round 3, 4, 5)	0	0	5886835	11257988	10476000	27620823
JICA	0	3846154	5769231	192308	0	9807692
Banque Mondiale	12827	0	11538	0	0	24355
FAD	0	0	0	18544	12285	30865
Coop. Française	4075	0	0	0	0	4075
Coop. Chinoise	0	0	11538	0	0	11538
Rotary International	0	0	11538	0	0	11538
PLAN International	ND	ND	ND	ND	49433	49433
TOTAL	438133	2183224	6190303	12234270	11521350	32567315

Source : PNLN et Partenaires cités

- ☉ Les partenaires financiers et techniques ont appuyé le PNLN en 2001-2005 selon leurs domaines d'intervention, en fonction de leurs avantages comparatifs, comme indiqué dans le tableau ci-dessous:

Tableau 3: Appui des partenaires par Intervention

Partenaires Interventions	OMS	UNICEF	FMSTP	JICA	FAD	BM	Coop. Chine	Coop. France	Rotary Inter.	PLAN Niger
Administration et Gestion	+	+	+	+	+					
Prise en charge des cas	+	+	+							
Prévention du Paludisme pendant la grossesse	+	+	+	+						
Lutte contre les vecteurs	+	+	+	+		+	+		+	+
Préparation et riposte aux épidémies de Paludisme			+	+						
Communication et Mobilisation sociale	+	+	+		+					+
Recherche opérationnelle	+		+					+		
Suivi et Evaluation	+		+							

Source : PNLN

2.3.8. Principaux résultats du Plan stratégique 2001-2005

2.3.8.1. Détails des interventions mises en oeuvre

Les activités développées au cours des 5 années du plan ont permis d'améliorer significativement les indicateurs de résultats à la fin de l'année 2005, notamment :

➤ Le renforcement des capacités du PNLP :

- ❖ De 2001 à 2005, le staff du PNLP est passé de 5 à 22 agents en 2005 (médecin santé publique, paludologue, épidémiologiste, entomologiste, biologiste, sociologues, communicateurs, administrateur, comptables, assistants techniques, chauffeurs, plantons, gardiens);
- ❖ Décentralisation de la lutte antipaludique au niveau des régions et districts, avec désignation d'un coordonnateur régional et mise en place de fonds régionaux pour les activités de lutte contre le Paludisme;
- ❖ Affectation d'un siège pour le PNLP avec construction et équipement de nouveaux locaux avec du matériel de bureautique et informatique pour 17 bureaux et 2 salles de réunions;
- ❖ Acquisition de 8 véhicules dont 2 légers et 6 tout terrain 4X4 pour les équipes de gestion du PNLP et 8 véhicules 4X4 qui ont été attribués à la Croix Rouge Nigérienne ;
- ❖ Mise en place d'un partenariat, aussi bien interne qu'externe, qui a appuyé la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des interventions (6 partenaires financiers constants, 22 ONG et 10 associations) ;

➤ L'amélioration des capacités de prise en charge des cas de Paludisme

- ❖ Formations/recyclages de plus de 1050 agents des formations sanitaires sur la prise en charge des cas (y compris le personnel des laboratoires) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (avant l'introduction des CTAs) ;
- ❖ Fournitures de médicaments antipaludiques et d'équipements médicaux aux formations sanitaires pour prévenir les ruptures de stocks et assurer une PEC adéquate des cas de Paludisme simple et grave conformément au premier document national de la politique de lutte antipaludique;
- ❖ Révision de la politique nationale de lutte antipaludique avec introduction des CTAs pour le traitement du Paludisme simple et adoption du TPI pour la prévention du Paludisme pendant la grossesse ;
- ❖ Début d'application du protocole thérapeutique aux CTAs au niveau de quelques districts du pays (Stock de CTAs, Test de diagnostic rapide, formation du personnel soignant sur les protocoles recommandés) ;
- ❖ Equipement de 63 laboratoires en microscopes, petits matériels et réactifs pour les laboratoires des 42 districts sanitaires ;

- ❖ Création de 2 laboratoires de d'expertise de biologie palustre au niveau du PNLP et du CERMES pour le contrôle de qualité ;

➤ **Renforcement de la prévention du Paludisme pendant la grossesse**

- ❖ Adoption et début d'application du TPI au niveau d'un district sanitaire;
- ❖ Amélioration de l'utilisation des moustiquaires imprégnées par les femmes enceintes ;
- ❖ Amélioration de l'utilisation de la chimioprophylaxie avec la chloroquine par les femmes enceintes ;

➤ **Mise à l'échelle des interventions de lutte antivectorielle**

- ❖ Acquisition et distribution gratuite aux mères des enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes de plus de 2.500.000 de MILD;
- ❖ Acquisition de quantités importantes d'insecticides pour les activités d'imprégnation/réimprégnation des moustiquaires et de traitement des gîtes larvaires (16.000 litres de deltaméthrine, 32.577 comprimés de KO-TAB, 70.800 kits de Alphacyperméthrine, 5000 litres de Etofenprox, 2800 litres de Actellic) ;
- ❖ Création de 2.050 sites d'imprégnation de moustiquaires dont 25 urbains et 2.025 au niveau des CSI/Cases de santé ;
- ❖ Formation de formateurs et d'agents des CSI et les cases de santé en techniques d'imprégnation en charge des activités d'imprégnation dans les CSI et les cases de santé ;
- ❖ Equipement des districts sanitaires en appareils de pulvérisation pour le traitement ciblé des gîtes larvaires et lieux de repos des moustiques ;
- ❖ Création d'un laboratoire d'entomologie pour appuyer la recherche dans ce domaine;

➤ **Communication/Mobilisation sociale (y compris les IBC)**

Tous les ans le Niger commémore le 25 avril la Journée africaine de lutte contre le Paludisme et organise une semaine nationale de mobilisation sociale pendant la période de l'hivernage.

Au cours de ces manifestations, on observe une forte implication des autorités politiques, administratives et coutumières notamment l'engagement du Président de la République et de son Epouse qui fait office de Marraine du Programme National de Lutte contre le Paludisme.

En plus de l'implication effectives des hautes autorités et des partenaires aux festivités organisées durant la période de forte transmission, il est mis en place pendant toute la période de forte transmission un programme IEC continu à travers les médias publics et privés, la société civile (ONG, Associations de jeunesse, Chefferie traditionnelle, Groupements Féminins, Réseau de journalistes) et les comités de gestion sanitaire (diffusion de programmes de sensibilisation sur le Paludisme dans les langues locales à travers les radios communautaires, les radios clubs, la radio nationale et les télévisions publiques et privée ; organisation de soirées artistiques et culturelles).

➤ Recherche opérationnelle

- ❖ Mise en place d'un partenariat avec des Institutions d'Enseignement et de Recherches pour conduire des études sur le Paludisme ;
- ❖ Appui au financement de 6 thèses de Doctorat de Médecine sur le Paludisme ;
- ❖ Appui au financement de 9 mémoires de santé publique sur le Paludisme ;
- ❖ Elaboration et financement de 8 projets de recherche sur le Paludisme.

➤ Suivi/Evaluation

- ❖ Suivi de la qualité des prestations des laboratoires périphériques à travers un contrôle de qualité de laboratoire par le PNLP et le CERMES;
- ❖ Organisation de 7 enquêtes/évaluations des interventions de lutte antipaludiques ;
- ❖ Evaluation continue des interventions de lutte contre le Paludisme ;
- ❖ Autoévaluation du Plan stratégique de lutte contre le Paludisme 2001-2005.

2.3.8.2. Niveaux d'atteinte des indicateurs de résultats

De manière générale, les interventions développées de 2001 à 2005 ont permis d'améliorer significativement les niveaux des indicateurs de résultats que s'était fixé le PNLP (Voir le tableau ci-dessous) :

INDICATEURS	DONNEES DE BASE 2000	NIVEAU ATTEINT EN FEVRIER 2006*
% d'enfants de moins de 5 ans atteints de Paludisme simple correctement pris en charge dans les 24 heures suivant le début des symptômes	12%	60%***
% d'enfants de moins de 5 ans atteints de Paludisme simple correctement pris en charge dans les CSI	11%	48%
% d'enfants de moins de 5 ans atteints de Paludisme graves correctement pris en charge dans les HD	33%	61%
% de ménages disposant d'au moins une moustiquaire (imprégnée ou non)	75%	89%
% de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide	9%	90%
% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires (imprégnées ou non)	67%	68%
% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide	5%	68%
% de femmes enceintes dormant sous des moustiquaires (imprégnées ou non)	61%	69%
% de femmes enceintes dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide	1%	71%
% de femmes enceintes suivant une chimioprophylaxie à base de chloroquine	74%	91%
% de femmes enceintes suivant un traitement présomptif intermittent (TPI)	0%	1%

*Source : Evaluation externe des interventions de lutte antipaludique, CCISD, Février 2006.

***Source : Auto-évaluation du Plan stratégique 2001-2005, MSP/LCE, Février 2006.

Bien que le pays ait adopté en 2005 la nouvelle politique thérapeutique introduisant les CTAs (Artéméther-Luméfantine) et le TPI à la SP pendant la grossesse, la prise en charge des cas de Paludisme simple et la chimioprophylaxie se font encore avec la Chloroquine comprimé du fait du retard de l'acquisition des commandes faites),

Ainsi, il ressort dans l'évaluation externe du Programme réalisée en février 2006 que :

- ❖ Le pourcentage des enfants de moins de 5 ans atteints de Paludisme simple correctement pris en charge avec la chloroquine comprimé dans les 24 heures après le début des symptômes est passé de 12% en 2000 à 48% en 2005 ;
- ❖ Le pourcentage des femmes enceintes suivant une chimioprophylaxie antipaludique à base de chloroquine est passé de 74% en 2000 à 91% en 2005 ;
- ❖ Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide est passé de 5% en 2000 à 68% en 2005 ;
- ❖ Le pourcentage de femmes enceintes dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide est passé de 1% en 2000 à 71% en 2005 ;

2.3.9. Contraintes/difficultés

En dépit des progrès enregistrés au cours de la période 2001-2005, il ressort de l'analyse de situation actuelle que la mise en œuvre de la lutte antipaludique au Niger rencontre encore plusieurs difficultés et contraintes pour porter à l'échelle des interventions efficaces de contrôle du Paludisme.

Il s'agit en particulier de :

➤ la prise en charge des cas de Paludisme

- ❖ Non vulgarisation de la nouvelle politique de traitement aux CTA et le TPI chez la femme enceinte : ceci est étroitement lié au retard des commandes des CTAs en comprimé et de la Sulfadoxine-Pyriméthamine en comprimé ;
- ❖ Insuffisance dans la formation du personnel des formations sanitaires sur les nouvelles directives thérapeutiques et préventives ;
- ❖ Insuffisance de moyens pour améliorer la qualité de la prise en charge du Paludisme simple et grave (Matériels de diagnostic clinique, examens complémentaires, Solutés glucoses 10%, ...etc) ;
- ❖ Faibles capacités de diagnostic biologique du Paludisme (couverture géographique en laboratoire insuffisante, non disponibilité de tests de diagnostic rapide, l'absence d'un système de réapprovisionnement en réactifs et consommables) ;
- ❖ Absence de directives nationales pour la prise en charge des cas de Paludisme simple au niveau communautaire.
- ❖ Progression rapide de la résistance aux antipaludiques ;

➤ **la prévention du Paludisme pendant la grossesse**

- ❖ Faible utilisation de la CPN par les communautés (Persistance des considérations sociales, couverture santé maternelle insuffisante) ;
- ❖ Faible vulgarisation des prestations préventives du Paludisme pendant la grossesse (Kits préventifs, bilan prénatal, MII) ;
- ❖ Progression rapide de la résistance aux antipaludiques destinés au TPI ;

➤ **la lutte antivectorielle**

- ❖ Couverture insuffisante en moustiquaires imprégnées (MILD, autres) ;
- ❖ Faible taux d'imprégnation et de réimprégnation des moustiquaires ;
- ❖ Faiblesse de la qualité d'imprégnation des moustiquaires ;
- ❖ Insuffisances dans l'application de techniques efficaces de lutte contre les vecteurs (pulvérisation intradomiciliaire, traitement des gîtes larvaires) ;
- ❖ Assainissement urbain défectueux ayant pour conséquence un développement important des gîtes larvaires surtout pendant l'hivernage ;
- ❖ Apparition dès 2004 de la résistance des vecteurs aux insecticides ;

➤ **la surveillance épidémiologique du Paludisme**

- ❖ Faiblesse du système de surveillance épidémiologique du Paludisme (seuil non déterminé, coordination centrale faible, promptitude et complétude faibles) ;
- ❖ Absence de stocks de sécurité prépositionnés en antipaludique pour une réponse prompte en cas de situation épidémique ;
- ❖ Faiblesse dans la maîtrise des techniques d'imprégnation de moustiquaires, de pulvérisation intradomiciliaire et de traitement des gîtes larvaires;

➤ **la communication et la mobilisation sociale**

- ❖ Insuffisances des outils de mobilisation sociale au niveau communautaire (livrets, affiches, panneaux, ...etc.) ;
- ❖ Faible utilisation des différents canaux de communication durant les périodes de faible transmission (pas de programmes continus radios, TV);
- ❖ Insuffisance de l'implication de la société civile dans les interventions communautaires ;

➤ **le renforcement des capacités du PNL**

- ❖ Insuffisance du personnel qualifié dans divers domaines d'expertise (Entomologie, épidémiologiste, biologie, communicateurs, etc.) ;
- ❖ Faiblesse des moyens logistiques pour l'approvisionnement des zones périphériques ;
- ❖ Faiblesse dans le suivi et évaluation des interventions de lutte antipaludique ;
- ❖ Insuffisances des moyens de fonctionnement courant

2.3.10. Opportunités pour le renforcement de la lutte antipaludique

Parmi les opportunités en faveur d'un renforcement effectif des interventions de lutte antipaludique de 2006 à 2010, on peut noter:

- ❖ L'engagement des autorités politiques au plus haut niveau avec la première Dame comme Marraine du PNLP ;
- ❖ L'existence d'une ligne budgétaire pour le PNLP et détaxe sur les produits et matériels destinés à la lutte contre le Paludisme ;
- ❖ L'existence et la perspective de ressources financières, déjà mobilisées ou annoncées au niveau de différents partenaires, en particulier au niveau du FMSTP (financement disponible), OMS, UNICEF, Booster programme de la Banque Mondiale, Coopération Koweïtienne, Coopération Française, ;
- ❖ L'existence d'un Plan de Développement Sanitaire 2005-2010 avec prise en compte des interventions de lutte contre le Paludisme ;
- ❖ L'extension de la couverture sanitaire du pays en cours avec la construction de Cases de santé (CS) et la transformation des CS en CSI dans le cadre Programme spécial du Président de la République ;
- ❖ L'élaboration d'un plan de suivi et évaluation au niveau du PNLP et du MSP/LCE ;
- ❖ L'extension de la couverture en laboratoires (Projet Santé FAD) ;
- ❖ L'engagement politique pour la gratuité des services de la CPN et des soins affiliés ;
- ❖ La perspective d'intégration du système de Surveillance épidémiologique à base communautaire dans le SNIS et création d'un cadre de collaboration avec toutes les parties impliquées dans la gestion de l'information sanitaire ;
- ❖ La perspective de production locale d'antipaludiques et de Moustiquaires ;
- ❖ La perspective de renforcement de la pharmacopée traditionnelle ;
- ❖ L'existence d'un cadre de collaboration pour la lutte contre le Paludisme : CORE Group, Groupe de facilitateurs RBM, Réseau ONG/Associations, Réseau de Journalistes ;
- ❖ Existence de pôles nationaux de recherches (Université, LANSPEX et CERMES)

3. PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2006-2010

3.1. Cadre logique

3.1.1. Objectif général

D'ici fin 2010, contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité générale, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

3.1.2. Objectifs spécifiques

- Réduire d'au moins 50% par rapport à 2000, la mortalité attribuée au Paludisme dans les zones ciblées par les interventions de lutte antipaludique;
- Réduire d'au moins 80% par rapport à 2005, la létalité palustre dans les structures sanitaires des zones ciblées par les interventions de lutte antipaludique;
- Réduire d'au moins 50% par rapport à 2000, la morbidité attribuée au Paludisme dans les zones ciblées par les interventions de lutte antipaludique.

3.1.3. Orientations stratégiques

Les orientations stratégiques spécifiques ont été définies, d'une part sur la base des faiblesses identifiées dans l'analyse de la situation actuelle de la lutte contre le Paludisme, d'autre part en tenant compte des engagements de la Déclaration d'Abuja et des recommandations de l'OMS en matière de lutte contre le Paludisme. Les actions prévues dans le présent Plan cibleront l'ensemble du territoire national, avec un accent particulier au niveau des zones les plus à risque de Paludisme.

Il s'agira en particulier de:

- ❖ Garantir une prévention efficace contre le Paludisme pour toutes les populations à risque, en particulier les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ;
- ❖ Assurer un traitement efficace, en temps opportun ;
- ❖ Réduire l'impact des épidémies de Paludisme ;
- ❖ Mobiliser un financement viable sur la base des résultats des interventions en révisant à la hausse les contributions du budget national et des partenaires;
- ❖ Intégrer les interventions de lutte antipaludiques à d'autres programmes de santé et à tous les secteurs, en particulier dans les projets de développement agricole et des programmes de l'hygiène de l'environnement ;
- ❖ Assurer le renforcement harmonieux, à tous les niveaux, des capacités managériales et technique des équipes impliquées dans la lutte antipaludique.

3.1.4. Résultats attendus

La mise en œuvre des différentes interventions de lutte antipaludique devrait conduire d'ici 2010 à l'atteinte des résultats suivants :

- ❖ Au moins 80% des enfants de moins de cinq ans auront été protégés contre le Paludisme en dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII);
- ❖ Au moins 80% des femmes enceintes auront été protégées contre le Paludisme en dorment sous MII;
- ❖ Au moins 80% des femmes enceintes auront bénéficié d'un traitement préventif intermittent durant les consultations prénatales;
- ❖ Au moins 80% des sujets atteints de Paludisme simple auront bénéficié d'un diagnostic précoce et d'un traitement efficace aux Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) dans les structures sanitaires, y compris les cases de santé;
- ❖ Au moins 80% des sujets atteints de Paludisme grave auront bénéficié d'une prise en charge adéquate conformément aux directives de la politique nationale de lutte antipaludique;
- ❖ Au moins 80% des populations exposées des districts sanitaires à risque de Paludisme auront bénéficié des mesures adéquates de prévention et de prise en charge en cas de situations éventuelles d'épidémies ;

3.2. Plan 2006-2010 budgétisé

3.2.1. Description des interventions prévues

La mise en œuvre des interventions de lutte contre le Paludisme prévues dans le présent Plan permettra d'améliorer la mobilisation des ressources en vue de capitaliser les acquis et porter à l'échelle les stratégies retenues.

Il s'agira en particulier de :

- renforcer les compétences du personnel des formations sanitaires et communautaires sur la prise en charge des cas y compris le diagnostic biologique,
- acquérir des moyens matériels et logistiques suffisants (CTAs, SP, MILD, véhicules, fournitures diverses spécifiques pour les laboratoires, la lutte antivectorielle),
- redynamiser le système de surveillance épidémiologique du Paludisme dans le cadre de la SIMR,
- élaborer et reproduire en quantités suffisantes les outils didactiques et de communication,
- former/recycler un personnel qualifié pour le PNL (entomologiste, biologistes, épidémiologiste, communicateurs, ...etc.),
- mettre en place un système de suivi & évaluation de proximité,
- améliorer le cadre de collaboration avec les partenaires y compris la société civile et les autres secteurs ministériels.

3.2.2. Chronogramme des activités planifiées

3.2.2.1. PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME

N°	ACTIVITES	BUDGET ANNUEL (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	RESPO NSABLE	PARTEN AIRES POTENTI ELS
		2006	2007	2008	2009	2010			
3.2.2.1.1	Acquérir tous les ans des CTAs pour les CSI et HD	2 741 478 040	3 870 065 680	5 816 860 920	6 740 287 640	7 713 884 880	26 882 577 160		
3.2.2.1.2	Acquérir de la quinine injectable et autres produits (glucose 5% et 10%, perfuseurs, cathéters, diazépam, épicrâniennes, antipyrétiques) pour la PEC des cas graves	500 000 000	300 000 000	200 000 000	200 000 000	200 000 000	1 400 000 000		
3.2.2.1.3	Doter les formations sanitaires en matériel médical pour la PEC (thermomètres, stéthoscopes, otoscopes, lampes torches, balances, aiguilles, abaisses langue)	80 000 000	0	100 000 000	0	140 000 000	320 000 000		
3.2.2.1.4	Adapter/reproduire les modules de formation sur la PEC des cas de Paludisme	20 000 000	0	10 000 000	0	0	30 000 000		
3.2.2.1.5	Concevoir et multiplier des ordinogrammes sur la PEC du Paludisme	53 000 000	0	20 000 000	0	0	73 000 000		
3.2.2.1.6	Former/recycler 3000 agents de santé du secteur public, parapublique et privé sur la nouvelle politique de prise en charge et de prévention du Paludisme	150 000 000	0	150 000 000	0	0	300 000 000		

3.2.2.1.7	Former 90 Enseignants des institutions de formation en santé sur la nouvelle politique de prise en charge et de prévention du Paludisme	1 800 000	0	1 800 000	0	1 800 000	5 400 000		
3.2.2.1.8	Acquérir des Kits pour la PEC du Paludisme au niveau communautaire (Cases de santé)	31 200 000	2 080 000 000	1 456 000 000	1 040 000 000	520 000 000	5 127 200 000		
3.2.2.1.9	Former 2030 agents de cases de santé sur la PEC des cas de Paludisme simple	1 500 000	100 000 000	0	0	101 500 000	203 000 000		
3.2.2.1.1 0	Assurer le suivi post formation des agents des CSI et des Cases de santé	21 000 000	0	21 000 000	0	0	42 000 000		
3.2.2.1.1 1	Former/Recycler 175 techniciens de laboratoire au diagnostic parasitologique du Paludisme	8 000 000	8 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	28 000 000		
3.2.2.1.1 2	Acquérir tous les ans des Kits d'examens biologiques (réactifs et petits matériels) pour les laboratoires de structures de référence	93 600 000	93 600 000	65 000 000	65 000 000	65 000 000	382 200 000		
3.2.2.1.1 3	Acquérir 100 microscopes pour les CSI/HD	40 000 000	0	0	40 000 000	0	80 000 000		
3.2.2.1.1 4	Acquérir tous les ans des Test de Diagnostic Rapide (TDR) pour les CSI	129 116 000	180 830 000	209 560 000	209 560 000	232 544 000	961 610 000		
TOTAL PRISE EN CHARGE DES CAS		3 870 694 040	6 632 495 680	8 054 220 920	8 298 847 640	8 978 728 880	35 834 987 160		

3.2.2.2. PREVENTION DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE

N°	ACTIVITES	BUDGET ANNUEL (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	RESPONSABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2006	2007	2008	2009	2010			
3.2.2.2.1	Acquérir tous les ans de la SP pour les cases de santé/CSI/HD et les établissements parapublics	521 080 000	671 048 000	829 756 000	997 544 000	1 177 674 000	4 197 102 000		
3.2.2.2.2	Former 3000 personnels du public, parapublic et privé en charge des CPN recentrées	45 000 000	0	45 000 000	0	0	90 000 000		
3.2.2.2.3	Appuyer tous les mois les activités foraines des District	480 000 000	480 000 000	480 000 000	480 000 000	480 000 000	2 400 000 000		
3.2.2.2.4	Vulgariser l'approche Kit Femme enceinte au cours des CPN	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	150 000 000		
3.2.2.2.5	Acquérir des MILD tous les ans les pour les femmes enceintes	728 000 000	728 000 000	728 000 000	728 000 000	728 000 000	3 640 000 000		
TOTAL PREVENTION DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE		1 804 080 000	1 909 048 000	2 112 756 000	2 235 544 000	2 415 674 000	10 477 102 000		

3.2.2.3. LUTTE ANTIVECTORIELLE

N°	ACTIVITES	BUDGET ANNUEL (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	RESPONSABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2006	2007	2008	2009	2010			
3.2.2.3.1	Former/recycler 100 formateurs centraux et régionaux aux techniques d'imprégnation et de traitement des gîtes larvaires	6 500 000		6 500 000			13 000 000		
3.2.2.3.2	Construire et équiper en mobilier 450 sites fixes d'imprégnation au niveau des CSI	127 500 000	127 500 000	127 500 000			382 500 000		
3.2.2.3.3	Former 450 AS de Districts sur les TIM	11 765 901	11 765 901	11 765 901			35 297 703		
3.2.2.3.4	Former 1000 AC des cases de santé en techniques d'imprégnation de moustiquaires	2 974 620	2 974 620	2 974 620	991 540		9 915 400		
3.2.2.3.5	Assurer le suivi des agents formés dans les sites fixes d'imprégnation de moustiquaires	10 500 000	10 500 000	10 500 000	10 500 000	10 500 000	52 500 000		
3.2.2.3.6	Equiper en matériels d'imprégnation 1450 sites fixes	21 750 000			11 250 000		33 000 000		
3.2.2.3.7	Acheter tous les ans 15000 litres de produits insecticides	330 000 000	330 000 000	330 000 000	330 000 000	330 000 000	1 650 000 000		
3.2.2.3.8	Appuyer tous les ans 10 ONG/Associations pour la vulgarisation des MII autour des sites fixes d'imprégnation	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000		
3.2.2.3.9	Organiser des campagnes d'imprégnation de moustiquaires avant la saison des pluies	150 000 000	150 000 000	150 000 000	150 000 000	150 000 000	750 000 000		
3.2.2.3.10	Mettre en place 1200 comités de salubrité au niveau communautaire	5 000 000	5 000 000	5 000 000	0	0	15 000 000		

3.2.2.3.11	Former 4800 membres des comités de salubrité à la lutte contre le Paludisme	13 000 000	13 000 000	13 000 000	0	0	39 000 000		
3.2.2.3.12	Doter les 1200 comités de salubrité en kit de destruction des gîtes larvaires	20 000 000	20 000 000	20 000 000	0	0	60 000 000		
3.2.2.3.13	Organiser tous les ans une campagne d'assainissement du milieu au niveau communautaire	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000		
TOTAL LUTTE ANTIVECTORIELLE		713 990 521	685 740 521	692 240 521	517 741 540	505 500 000	3 115 213 103		

3.2.2.4. DETECTION PRECOCE ET RIPOSTE AUX EPIDEMIES DE PALUDISME

N°	ACTIVITES	BUDGET ANNUEL (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	RESPONSABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2006	2007	2008	2009	2010			
3.2.2.4.1	Elaborer et valider le plan 2006 2010 national de lutte contre les épidémies de Paludisme.	5 000 000	0	0	0	0	5 000 000		
3.2.2.4.2	Organiser tous les ans 2 réunions de revue et de planification par an pour les districts à risque épidémique Paludisme	9 600 000	9 600 000	9 600 000	9 600 000	9 600 000	48 000 000		
3.2.2.4.3	Organiser un atelier technique au niveau central pour réactualiser les seuils épidémiques des 42 districts sanitaires	1 500 000	0	0	0	0	1 500 000		
3.2.2.4.4	Organiser 1 atelier de validation de l'analyse des données districts à visée de détermination de seuils épidémiques	7 000 000	0	0	0	0	7 000 000		
3.2.2.4.5	Former 1800 agents de santé des CSI sur la surveillance épidémiologique du Paludisme	30 000 000	35 000 000	25 000 000	0	0	90 000 000		
3.2.2.4.6	Appuyer tous les ans la Formation des agents de santé CSI et Cases de santé sur les outils de collecte de données	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	75 000 000		
3.2.2.4.7	Appuyer tous les ans le système d'analyse des données hebdomadaires sur le Paludisme au niveau des CSI	14 400 000	14 400 000	14 400 000	14 400 000	14 400 000	72 000 000		

3.2.2.4.8	Appuyer tous les ans investigations des éventuelles épidémies de Paludisme	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	100 000 000		
3.2.2.4.9	Acquérir tous les ans des antipaludéens et autres produits comme stock de sécurité pour les éventuelles épidémies de Paludisme	55 000 000	55 000 000	55 000 000	55 000 000	55 000 000	275 000 000		
3.2.2.4.10	Acquérir tous les ans 1500 litres d'insecticides larvicides pour le traitement ciblé de gîtes larvaires	21 000 000	21 000 000	21 000 000	21 000 000	21 000 000	105 000 000		
3.2.2.4.11	Organiser tous les ans des campagnes de pulvérisation intra domiciliaires et de traitement des gîtes larvaires au niveau de zones ciblées	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	150 000 000		
3.2.2.4.12	Appuyer tous les ans la production d'un bulletin mensuel de surveillance épidémiologique dans le cadre de la SIMR	324 000	324 000	324 000	324 000	324 000	1 620 000		
TOTAL LUTTE CONTRE LES EPIDEMIES DE PALUDISME		208 824 000	200 324 000	190 324 000	165 324 000	165 324 000	930 120 000		

3.2.2.5. COMMUNICATION & MOBILISATION SOCIALE

N°	ACTIVITES	BUDGET ANNUEL (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	RESPONSABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2006	2007	2008	2009	2010			
3.2.2.5.1	Concevoir et reproduire 5000 pagivoltés sur la prévention et la prise en charge du Paludisme	48 000 000			30 000 000		78 000 000		
3.2.2.5.2	Concevoir et reproduire 200 boîtes à images sur la prévention et la prise en charge du Paludisme	5 500 000			2 500 000		8 000 000		
3.2.2.5.3	Concevoir et reproduire tous les ans 5 000 livrets sur le Paludisme en français	25 200 000	75 000 000	75 000 000	75 000 000	75 000 000	325 200 000		
3.2.2.5.4	Concevoir et reproduire tous les ans 10 000 affiches sur la prévention du Paludisme (MII, TPI, Assainissement)	150 200 000	150 000 000	150 000 000	150 000 000	150 000 000	750 200 000		
3.2.2.5.5	Concevoir 150 grands panneaux sur la prévention du Paludisme (MII, TPI, Assainissement communautaire)	36 000 000		36 000 000		18 000 000	90 000 000		
3.2.2.5.6	Organiser tous les ans 600 séances de projections cinématographiques sur la lutte contre le Paludisme	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	150 000 000		
3.2.2.5.7	Diffuser en langues locales des messages sur la prévention du Paludisme par la radio nationales, les radios communautaires et privées, de mai à octobre	420 000	420 000	420 000	420 000	420 000	2 100 000		

3.2.2.5.8	Appuyer les ONG/Associations dans la vulgarisation des mesures préventives sur le Paludisme	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	75 000 000		
3.2.2.5.9	Acquérir 10 appareils photos numériques pour le niveau central et régional	4 000 000					4 000 000		
3.2.2.5.10	Participer à la célébration des grands événements culturels nationaux	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	60 000 000		
3.2.2.5.11	Acquérir 5 Kits IEC (postes radio cassettes, téléviseur, magnétoscope) pour les activités avancées sur le Paludisme	1 250 000					1 250 000		
3.2.2.5.12	concevoir et diffuser au niveau des TV nationales et privés des sketches sur la prévention et la PEC du Paludisme en langues Nationales, de juin à octobre	8 200 000	4 200 000	4 200 000	4 200 000	4 200 000	25 000 000		
3.2.2.5.13	Commémorer la Journée africaine sur le Paludisme	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	125 000 000		
3.2.2.5.14	Editer et diffuser 6 numéros du bulletin infopal	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000		
3.2.2.5.15	Organiser la semaine nationale de mobilisation sociale sur le Paludisme	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	250 000 000		
TOTAL COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE		420 770 000	371 620 000	407 620 000	404 120 000	389 620 000	1 993 750 000		

3.2.2.6. RECHERCHE OPERATIONNELLE

N°	ACTIVITES	BUDGET ANNUEL (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	RESPONSABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2006	2007	2008	2009	2010			
3.2.2.6.1	Former un pool de 20 formateurs centraux sur la méthodologie de la recherche en système de santé appliquée au Paludisme.		1 500 000			1 500 000	3 000 000		
3.2.2.6.2	Former 120 agents des équipes DRSP/Districts sur la méthodologie de recherche en système de santé	6 000 000	3 000 000			3 000 000	12 000 000		
3.2.2.6.3	Réaliser tous les ans une enquête CAP sur la PEC et la prévention du Paludisme (y compris la restitution des résultats)		10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	40 000 000		
3.2.2.6.4	Réaliser tous les ans une enquête sur la qualité de la PEC du Paludisme au niveau des structures sanitaires (y compris la restitution des résultats)	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000		
3.2.2.6.5	Réaliser une enquête tous les ans au niveau des sites de surveillance de l'efficacité thérapeutique selon les 3 strates épidémiologique du pays (y compris la restitution des résultats)	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	75 000 000		
3.2.2.6.6	Réaliser tous les 2 ans une enquête paludométrique au niveau des différentes strates épidémiologiques du pays (y compris la restitution des résultats)		50 000 000			50 000 000	100 000 000		

3.2.2.6. 7	Appuyer les Thèses et Mémoires sur le Paludisme	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	15 000 000		
3.2.2.6. 9	Appuyer les institutions de recherches dans le cadre des travaux sur le Paludisme, Y COMPRIS LA MEDECINE TRADITIONNELLE	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	150 000 000		
TOTAL RECHERCHE OPERATIONNELLE		64 000 000	122 500 000	68 000 000	68 000 000	122 500 000	445 000 000		

3.2.2.7. RENFORCEMENT DES CAPACITES

N°	ACTIVITES	BUDGET ANNUEL (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	RESPON SABLE	PARTE NAIRES POTEN TIELS
		2006	2007	2008	2009	2010			
3.2.2.7.1	Organiser tous les ans des journées d'information sur les directives de lutte contre le Paludisme	4 160 000	2 600 000	2 600 000	2 600 000	2 600 000	14 560 000		
3.2.2.7.2	Appuyer tous les ans les activités du comité de pilotage du PNLP	4 280 000	4 280 000	4 280 000	4 280 000	4 280 000	21 400 000		
3.2.2.7.3	Appuyer tous les ans les réunions de coordinations du partenariat PNLP à tous les niveaux	3 600 000	3 600 000	3 600 000	3 600 000	3 600 000	18 000 000		
3.2.2.7.4	Equiper les coordinations régionales PNLP en matériels informatiques et bureautiques	66 000 000	0	0	0	0	66 000 000		
3.2.2.7.5	Appuyer tous les ans les interventions des services spécialisés des ministères partenaires et le Parlement	120 000 000	120 000 000	120 000 000	120 000 000	120 000 000	600 000 000		
3.2.2.7.6	Contribuer tous les ans au fonctionnement du Secrétariat Permanent du CCM	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000		
3.2.2.7.7	Organiser tous les ans une table ronde de mobilisation des ressources	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000		
3.2.2.7.8	Organiser tous les deux ans au niveau national un cours de paludologie pour 20 agents	0	16 000 000	0	16 000 000	0	32 000 000		
3.2.2.7.9	Appuyer tous les ans le fonctionnement des coordinations régionales du PNLP	14 400 000	14 400 000	14 400 000	14 400 000	14 400 000	72 000 000		
3.2.2.7.10	Apporter une contribution pour la connexion Internet des 8 régions	13 600 000	9 600 000	9 600 000	9 600 000	9 600 000	52 000 000		

3.2.2.7.11	Apporter une contribution pour la connexion Internet des 42 districts sanitaires	20 400 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	0	56 400 000		
3.2.2.7.12	Assurer l'approvisionnement des structures sanitaires en médicaments et autres matériels de lutte antipaludisme	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	100 000 000		
3.2.2.7.13	Doter le Laboratoire d'entomologie du PNLP de matériel complémentaire (Loupe, trousse, produits de conservation)	5 000 000	0	5 000 000	0	0	10 000 000		
3.2.2.7.14	Doter le laboratoire d'expertise PNLP de matériel complémentaire (spectromètre, pH m)	10 000 000	0	0	0	0	10 000 000		
3.2.2.7.15	Doter le laboratoire PNLP de référence et les sites sentinelles d'un kit pour le contrôle de qualité des médicaments antipaludiques	5 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	9 000 000		
3.2.2.7.16	Acquérir 8 véhicules double cabines Pick-up, 2 camions et 1 mini bus, 1 véhicule de liaison (Coord Adjoint PNLP) et 6 motos (chefs d'unités PNLP + planton PNLP)	0	327 000 000	0	0	0	327 000 000		
3.2.2.7.17	Acheter 40 ordinateurs de poches PDA pour les enquêtes PNLP, 10 Ordinateurs portables et 10 ordinateurs de bureaux	80 000 000	0	0	0	0	80 000 000		
3.2.2.7.18	Assurer la connexion Internet à haut débit du PNLP y compris la création d'un site web	10 300 000	4 800 000	4 800 000	4 800 000	4 800 000	29 500 000		
3.2.2.7.19	Former 4 entomologistes pour le PNLP	13 800 000	0	0	13 800 000	0	27 600 000		
3.2.2.7.20	Assurer la participation de l'équipe PNLP aux voyages d'études et conférences	12 482 000	12 482 000	12 482 000	12 482 000	12 482 000	62 410 000		

	internationales								
3.2.2.7.21	Recruter 8 médecins - assistants DRSP pour la coordination régionale PNLP	24 000 000	24 000 000	24 000 000	24 000 000	24 000 000	120 000 000		
3.2.2.7.22	Former 30 journalistes membres du réseau et 60 agents des radios communautaires à la lutte contre le Paludisme	10 000 000	0	10 000 000	0	0	20 000 000		
3.2.2.7.23	Réorganiser la bibliothèque du PNLP et tenir à jour le répertoire des documents sur le Paludisme	3 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	7 000 000		
3.2.2.7.24	Assurer tous les ans le Fonctionnement du PNLP	60 000 000	60 000 000	60 000 000	60 000 000	60 000 000	300 000 000		
TOTAL RENFORCEMENT DES CAPACITES DU PNLP		505 862 000	640 162 000	312 162 000	326 962 000	285 162 000	2 070 310 000		

3.2.2.8. SUIVI ET EVALUATION

N°	ACTIVITES	BUDGET ANNUEL (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	RESPONSABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2006	2007	2008	2009	2010			
3.2.2.8.1	Former/Recycler les équipes DRSP et ECD sur le système de suivi & Evaluation des interventions de lutte antipaludique (6 ateliers inter-régionaux)	11 880 000	0	0	11 880 000	0	23 760 000		
3.2.2.8.2	Appuyer tous les ans la reproduction des outils de collecte de données sur le Paludisme dans le cadre du SNIS	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000		
3.2.2.8.3	Appuyer tous les ans le système de gestion des données sur le Paludisme au niveau central, régional et District (logiciels et accessoires, formation des gestionnaires).	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000		
3.2.2.8.4	Assurer tous les ans au moins 2 supervisions intégrées des équipes DRSP et Districts par l'équipe PNL/PCIME	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000		
3.2.2.8.5	Assurer tous les ans au moins 4 supervisions intégrées formatives des équipes Districts en charge des activités de lutte antipaludique par les DRSP	9 600 000	9 600 000	9 600 000	9 600 000	9 600 000	48 000 000		
3.2.2.8.6	Assurer tous les ans au moins 6 supervisions intégrées formatives des équipes CSI/Cases de santé en charge des activités de lutte antipaludique par les ECD	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	200 000 000		
3.2.2.8.7	Réaliser tous les ans 2 tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides (saisons sèches et de pluies)	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000		

3.2.2.8.8	Réaliser tous les ans 2 tests d'efficacité biologique des moustiquaires imprégnées (saisons sèches et de pluies)	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000		
3.2.2.8.9	Appuyer tous les ans le contrôle de qualité des antipaludiques (local et extérieur)	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	20 000 000		
3.2.2.8.10	Créer et équiper 3 nouveaux sites sentinelles de surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques (équipements, réactifs et consommables, formation, outils de collecte, motivation)	15 000 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	25 000 000		
3.2.2.8.11	Assurer tous les 6 mois le suivi des sites sentinelles de surveillance d'efficacité thérapeutique par le PNLP	900 000	900 000	900 000	900 000	900 000	4 500 000		
3.2.2.8.12	Assurer tous les ans le suivi de la collecte des données de pharmacovigilance des antipaludiques du PNLP (CTAs, SP)	12 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	20 000 000		
3.2.2.8.13	Réaliser tous les ans un contrôle de la qualité du diagnostic biologique du Paludisme (TDR, GE/Frottis)	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	5 000 000		
3.2.2.8.14	Assurer tous les ans le suivi de terrain des interventions partenaires opérationnels	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	15 000 000		
3.2.2.8.15	Assurer tous les 6 mois une réunion des coordonnateurs régionaux du PNLP	9 600 000	9 600 000	9 600 000	9 600 000	9 600 000	48 000 000		
3.2.2.8.16	Appuyer tous les ans les revues annuelles de bilan et de planification des DRSP	7 680 000	7 680 000	7 680 000	7 680 000	7 680 000	38 400 000		
3.2.2.8.17	Réaliser une évaluation à mi-parcours des interventions du plan stratégique	0	0	20 000 000	0	0	20 000 000		
3.2.2.8.18	Réaliser l'évaluation finale du plan stratégique	0	0	0	0	20 000 000	20 000 000		
TOTAL SUIVI & EVALUATION		149 660 000	115 280 000	135 280 000	127 160 000	135 280 000	662 660 000		

RECAPITULATIF DU BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2006 - 2010 PAR STRATEGIE ET PAR ANNEE

STRATEGIES	BUDGET ANNUEL (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	MONTANT TOTAL (\$US)	%
	2006	2007	2008	2009	2010			
PEC	3 870 694 040	6 632 495 680	8 054 220 920	8 298 847 640	8 978 728 880	35 834 987 160	68 913 437	64,53%
PFE	1 804 080 000	1 909 048 000	2 112 756 000	2 235 544 000	2 415 674 000	10 477 102 000	20 148 273	18,87%
LAV	713 990 521	685 740 521	692 240 521	517 741 540	505 500 000	3 115 213 103	5 990 794	5,61%
LCE	208 824 000	200 324 000	190 324 000	165 324 000	165 324 000	930 120 000	1 788 692	1,68%
C&MS	420 770 000	371 620 000	407 620 000	404 120 000	389 620 000	1 993 750 000	3 834 135	3,59%
RO	64 000 000	122 500 000	68 000 000	68 000 000	122 500 000	445 000 000	855 769	0,80%
RC	505 862 000	640 162 000	312 162 000	326 962 000	285 162 000	2 070 310 000	3 981 365	3,73%
S&E	149 660 000	115 280 000	135 280 000	127 160 000	135 280 000	662 660 000	1 274 346	1,19%
TOTAL FCFA	7 737 880 561	10 677 170 201	11 972 603 441	12 143 699 180	12 997 788 880	55 529 142 263	106 786 812	100%
TOTAL \$US	14 880 540	20 533 020	23 024 237	23 353 268	24 995 748			

1 \$ = 520

PEC: Prise En Charge des cas de Paludisme
PFE: Prévention du Paludisme chez la Femme Enceinte
LAV: Lutte Anti-Vectorielle
LCE: Lutte Contre les Epidémies de Paludisme

C&MS: Communication & Mobilisation Sociale
RO: Recherche Opérationnelle
RC: Renforcement des Capacités du PNL
S&E: Suivi & Evaluation

3.3. Administration et gestion de la lutte antipaludique

3.3.1. Cadre institutionnel

L'administration et la gestion des interventions de lutte antipaludique seront en conformité avec les compétences et attributions du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les endémies en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Au niveau central, le cabinet du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies et la Secrétaire Générale sont chargés de suivre tous les actes administratifs et de gestion pour une meilleure concordance avec la politique sectorielle de santé et les principes de bonne gestion.

La Direction Générale de la Santé publique assurera la supervision des aspects techniques, de la conception des plans d'action annuels à la réalisation des activités centrales et périphériques, en étroite collaboration avec les autres Directions du Ministère de la santé et de la lutte contre les endémies, notamment la Direction de la lutte contre la maladie et celle des Etudes et de la Planification.

L'administrateur gestionnaire du PNLP se chargera de la préparation des actes et différents dossiers ainsi que le suivi des aspects financiers à tous les niveaux (périphérique, central, partenaires). Selon le domaine d'activité, les services techniques du programme lui apporteront leur appui pour la finalisation des activités.

Au niveau de la région le cadre institutionnel pour la gestion du programme est celui du comité régional de lutte contre les épidémies présidé par le Gouverneur de la région. Le coordonnateur régional de lutte contre le Paludisme est la personne représentant le PNLP pour la mise en œuvre de toutes les stratégies prévues au niveau opérationnel.

Au niveau département, l'équipe cadre de district sanitaire sera la structure opérationnelle dans le cadre du présent plan. Elle sera impliquée dans la planification et sera chargée de l'exécution des activités du niveau périphérique ainsi que du suivi dans les centres de santé intégrés et dans la communauté.

Les activités de formation, de mobilisation sociale, de surveillance épidémiologique, de recherches opérationnelles et de suivi/Evaluation seront menées de manière intégrée avec les autres programmes de lutte contre la maladie, et les Services : la PCIME, le PEV, le SNIS, la DSR.

Les activités d'hygiène et assainissement, de lutte contre les vecteurs, seront menées avec le Programme d'éradication du Ver de Guinée et celui du programme de Dévolution Onchocercose en collaboration avec la Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé et les collectivités. Enfin les structures existantes au niveau communautaire vont servir de relais pour la mise en œuvre des interventions locales en coordination avec la société civile.

Les outils de gestion disponibles seront conçus ou améliorés pour aider à une meilleure gestion des ressources qui seront allouées aux différents acteurs impliqués dans la

mise en œuvre des interventions du plan stratégique. Ces outils concerneront le niveau central pour une harmonisation avec les procédures de gestion des partenaires financiers du programme (formulaires de présentation des plans, des requêtes, des rapports techniques et financiers, procédures pour les bons de commandes et bordereaux de livraison)

Tous les financements attribués au PNLP feront l'objet d'une notification au cabinet du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies.

Tous les rapports techniques et financiers seront transmis aux partenaires par la même voie hiérarchique dans le délai des trois mois suivant la mise à disposition des ressources matérielles ou financières.

3.3.2. Procédures de gestion et Cadre de collaboration

La gestion des ressources à tous les niveaux sera basée sur le principe de la cogestion. Ainsi, les comités de gestion auront à examiner les propositions d'utilisation et à approuver les budgets préparés par les gestionnaires du programme. L'attribution des marchés se fera conformément aux textes en vigueur.

Les fonds mis à la disposition du programme feront l'objet de virement dans les comptes bancaires du niveau central, et des DRSP pour le niveau régional avec ampliation de l'ordre de virement au cabinet du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies.

Le Directeur Général des Etudes et de la Programmation, le Coordonnateur du Programme National de Lutte contre le Paludisme, le Directeur Régional de la santé publique sont ordonnateurs dans les processus de décaissement. L'exécution des budgets se fera par les gestionnaires selon le niveau (National, Régional, et Départemental)

Les rapports techniques et financiers expliqueront en détails le déroulement de l'exécution du budget et comporteront toutes les pièces justificatives conformément aux rubriques prévues par le budget initial. La transmission des pièces se fera selon les délais suivants :

- Quatre vingt dix jours pour le niveau central en direction du partenaire financier.
- Quarante cinq jours pour le niveau régional en direction du niveau central.
- Trente jours pour le niveau départemental en direction de la région.

Le contrôleur financier du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies et l'administrateur gestionnaire du PNLP seront chargés du contrôle du respect des procédures dans l'exécution des budgets et la régularité des pièces justificatives. Ils veilleront à la conformité par rapport aux manuels de procédure proposés par les partenaires financiers.

Le financement du plan se fera par la mobilisation des ressources auprès de tous ceux qui sont impliqués dans le partenariat pour faire reculer le Paludisme. Les plans de la base d'action des districts sanitaires seront soumis aux comités techniques territoriaux d'arrondissement, de département, de commune, et de région. Des fiches d'opération seront soumises pour financement sur le budget de la collectivité.

Les comités de santé des Centres de Santé Intégrés sont chargés de la gestion des stocks de moustiquaires et d'insecticides. Un système de recouvrement partiel des coûts est déjà instauré pour permettre le renouvellement des stocks.

La gestion des stocks de médicament sera intégrée à celle du système de recouvrement des coûts des soins de santé existant. Les opérations se dérouleront avec les comités de gestion sous le régime des régies de recettes et dépenses. Les ONG et Associations vont à partir des fonds qu'elles auront mobilisés, exécuter certaines domaines d'activités conformément aux orientations du plan stratégique dans une zone ou sur l'ensemble du territoire en association et en complémentarité avec les structures sanitaires.

L'Etat va améliorer sa contribution dans le fonctionnement du PNLP et les investissements en faveur de la lutte contre le Paludisme en affectant chaque année un budget pour la réalisation des activités du programme.

Les partenaires bilatéraux et multilatéraux seront régulièrement sollicités à s'inscrire pour le financement des activités selon leur sensibilité par rapport aux volets stratégiques du plan, les périodes et les localités. Leurs interventions se feront de manière coordonnée au sein d'un comité de coordination des institutions du système des nations unies en faveur de la lutte contre le Paludisme.

3.3.3. Suivi/Evaluation du Plan stratégique

Le système du suivi sera essentiellement basé sur les supervisions régulières du niveau central à raison d'une supervision par semestre, le niveau régional le fera à un rythme semestriel et le niveau départemental à un rythme trimestriel. Les supervisions pourront se faire de manière intégrée avec les autres programmes nationaux.

Les outils de supervision existant vont être revus pour permettre de prendre en compte tous les indicateurs de suivi et évaluation de la mise en œuvre de l'initiative "Faire Reculer le Paludisme". Pour chaque supervision un rapport sera produit et transmis à l'échelle supérieure.

Une évaluation interne est prévue pour chaque niveau à mi-parcours et en fin de programme. Un appui du niveau supérieur pourrait être nécessaire pour le département et pour la région. Les représentants du comité de pilotage, et des partenaires seront sollicités pour l'évaluation du niveau central.

Les outils de l'évaluation interne seront les réunions annuelles des coordonnateurs régionaux, l'atelier de la revue à mi-parcours et les enquêtes. Une consultation est programmée pour une évaluation externe en fin d'exécution du présent plan stratégique. Enfin tout le processus de suivi et d'évaluation a fait l'objet de budgétisation tant pour le niveau central que périphérique.

Les principaux indicateurs de suivi/évaluation du Plan stratégique 2006-2010 seront issus du cadre logique suivant tiré du Guide OMS pour le Monitoring et l'évaluation :

INDICATEURS	DÉFINITION OPÉRATIONNELLE ET OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES CORRESPONDANTS
<p>1. Taux de létalité du au Paludisme chez les enfants de moins de cinq ans hospitalisés (ou autres groupes cibles) .</p>	<p>Numérateur: Nombre de décès des enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) attribués au Paludisme chez les hospitalisés dans une formation sanitaire et rapporté à une période donnée.</p> <p>Dénominateur: Nombre total de cas de Paludisme chez les enfants de moins de cinq ans hospitalisés (ou autres groupes cibles) au cours de la même période.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche d'enquête N°3 au niveau des formations sanitaires ou CFR/Form II et Form III</i></p>
<p>2. Morbidité attribuée au Paludisme (simple et grave) chez les enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles)</p>	<p>Numérateur: Nombre de cas de Paludisme (simple/ graves) chez les enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) vus dans une formation sanitaire (consultations externes, hospitalisation) et rapportés à une période donnée.</p> <p>Dénominateur: nombre total des enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) vus dans une formation sanitaire (consultations externes, au cours de la période.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche d'enquête N°2 et N°3 au niveau des formations sanitaires ou CFR/Form I et Form II</i></p>
<p>3. Pourcentage des enfants de moins de cinq ans (et autres groupes) ayant le Paludisme / fièvre et bénéficiant d'un traitement approprié dans les 24 heures</p>	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) signalés comme ayant été atteints de Paludisme/ fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et ayant reçu le traitement antipaludique approprié conformément à la politique nationale dans les 24 heures suivant le début de la fièvre.</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) enquêtés et signalés comme ayant été atteints de fièvre au cours des deux semaines qui ont précédées l'enquête</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche d'enquête N°1 dans la communauté (étude de cas récents de maladies chez les enfants de moins de 5 ans ou autres groupes cibles) et la Fiche N°6 au niveau des formations sanitaires (observation de l'agent de santé : H6025).</i></p>

INDICATEURS	DÉFINITION OPÉRATIONNELLE ET OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES CORRESPONDANTS
<p>4. Pourcentage des enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) atteints de Paludisme simple et correctement pris en charge dans les établissements de santé.</p>	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) atteints de fièvre/Paludisme simple qui sont amenés dans les établissements de santé et qui sont correctement diagnostiqués, la mère ou la personne accompagnant de l'enfant correctement conseillée et le traitement antipaludique donné est conforme à la politique nationale, rapporté à la période considérée.</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) atteints de fièvre et diagnostiqué comme ayant le Paludisme qui sont amenés au niveau des établissements de santé, rapporté à la même période.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche d'enquête N°6 au niveau des formations sanitaire sur l'observation du dispensateur de soins</i></p>
<p>5. Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) hospitalisés pour Paludisme grave et correctement pris en charge dans les établissements de santé.</p>	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) hospitalisés pour Paludisme grave et ayant reçu un traitement antipaludique conforme à la politique nationale, rapporté à la période considérée.</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) hospitalisés pour Paludisme grave dans les établissements de santé enquêtés, rapporté à la période considérée.</p> <p>Outils de collecte des données: <i>Fiche d'enquête N°7 au niveau des formations sanitaire sur l'exploitation des registres des hospitalisations</i></p>
<p>6. Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas connu pendant une semaine au cours des 3 derniers mois précédents l'enquête une rupture de stocks des médicaments antipaludiques recommandés au plan national.</p>	<p>Numérateur: Nombre d'établissements de santé disposant d'antipaludiques le jour de l'enquête conformément à la politique nationale des médicaments et n'ayant pas connus de rupture de stock au cours des 3 derniers mois, rapporté à la période de l'enquête.</p> <p>Dénominateur: Nombre total de formations sanitaires enquêtées pendant la même période.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiches d'enquête sur les formations sanitaires N°3(patients hospitalisés) et la Fiche N°5 (contrôle pharmacie de la formation sanitaire).</i></p>

INDICATEURS	DÉFINITION OPÉRATIONNELLE ET OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES CORRESPONDANTS
<p>7. Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII).</p>	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticides la veille de l'enquête.</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) enquêtés pendant la même période.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche d'enquête N°3 sur les communautés (disponibilité et utilisation des moustiquaires/matériaux).</i></p>
<p>8. Pourcentage de femmes enceintes (ou autres groupes cibles) dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII).</p>	<p>Numérateur: Nombre de femmes enceintes (ou autres groupes cibles) qui ont dormi sous 1 moustiquaire imprégnée d'insecticides la veille de l'enquête.</p> <p>Dénominateur: Nombre total de femmes enceintes enquêtées (ou autres groupes cibles) enquêtés pendant la même période.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche d'enquête N°2 sur les communautés (prévention du Paludisme chez la femme enceinte).</i></p>
<p>9. Pourcentage de foyers ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticides</p>	<p>Numérateur: Nombre de foyers enquêtés ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticides, rapporté à la même période.</p> <p>Dénominateur: Nombre total de foyers enquêtés pendant la même période.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche d'enquête N°3 sur les communautés (disponibilité et utilisation des moustiquaires/matériaux).</i></p>
<p>10. Pourcentage de femmes enceintes sous traitement Préventif intermittent (TPI) ou sous chimioprophylaxie antipaludique.</p>	<p>Numérateur: Nombre de femmes enceintes et celles ayant accouchées au cours des 6 derniers mois qui déclarent au moment de l'enquête avoir reçu soit un traitement antipaludique intermittent soit la chimioprophylaxie conformément à la politique nationale.</p> <p>Dénominateur: Nombre total de femmes enceintes et celles ayant accouchées au cours des 6 derniers mois qui ont été enquêtées (éligibles à un traitement préventif intermittent).</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche d'enquête N°2 sur les communautés (Prévention du Paludisme chez la femme enceinte .et Fiche d'enquête N°2 des formations sanitaires).</i></p>
<p>11. Pourcentage du budget total PNLP convenu au niveau national et attribué par l'Etat et les partenaires nationaux.</p>	<p>Numérateur: Budget total mobilisé auprès des partenaires nationaux pendant la période considérée</p> <p>Dénominateur: Budget total FRP convenu avec les partenaires nationaux pendant la même période.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiches d'enquête N° 1 et N°2 sur le contrôle de la gestion des programmes nationaux</i></p>

4. CONCLUSION

Le Plan stratégique 2006-2010 s'inscrit dans le cadre de l'initiative "Faire reculer le Paludisme" et constitue une suite logique des actions déjà développées dans le cadre du Plan quinquennal 2001-2010 de lutte contre le Paludisme appuyé par les partenaires au développement notamment l'OMS, l'UNICEF, la BM et le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

Fort de l'engagement politique dans le domaine de la lutte antipaludique à tous les niveaux et de l'appui des partenaires au développement, un accent particulier sera mis sur la participation des communautés et le renforcement des capacités dans les domaines spécifiques pour contribuer efficacement à l'atteinte des résultats escomptés.

Grâce au partenariat établi au cours des 5 dernières années (SNU, partenaires bi et multilatéraux, société civile, ONGs, communautés, privé), et compte tenue des opportunités qui s'offrent au PNL (IPPE, fonds mondial GFATM), d'importantes ressources devraient être mobilisées pour financer les interventions prioritaires du Plan Stratégique 2006-2010

Ce document constituera le cadre de référence pour l'ensemble des partenaires de l'action sanitaire ; il servira notamment à orienter les plans d'actions annuels des régions pour accélérer la mise en œuvre de interventions de l'initiative Faire Reculer le Paludisme dans notre pays.

5. BIBLIOGRAPHIE

1. Auto-évaluation dans les Districts, cas du District Sanitaire de Tessaoua, Novembre 2000
2. Cadre stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida/IST 2002 - 2006
3. Cadre pour la surveillance des progrès et l'évaluation des résultats et de l'impact, OMS 2000
4. Carte Sanitaire de la République du Niger, année 1994.
5. Changing Malaria Treatment / Policy to Artemisinin – Based Combinations (An implementation Guide). December 2005.
6. Comptes Nationaux de Santé, Exercices 2002 – 2003 (Juin 2005. MSP/LCE
7. Déclaration de Politique Sanitaire, Mai 2002.
8. Document d'Avant projet de Politique nationale en assurance de qualité, MSP/LCE, Avril 2006
9. Document de formulation de projet pour un crédit proposé à la République du Niger: Projet de renforcement institutionnel et d'appui au secteur de la santé. BM.07 Décembre 2005.
10. Dossier des Interventions à Base Communautaire pour Faire Reculer le Paludisme. IBC
11. Global Malaria WHO. Draft 3.16 March 2006. Position statement .The indoor residual spraying in malaria Control
12. Initiative Faire Reculer le Paludisme dans la Région Africaine. Directives de Suivi et d'Evaluation. OMS. Bureau Régional de l'Afrique Harare 2000
13. L'organigramme du MSP/LCE du Niger 2005
14. L'utilisation des antipaludiques, Rapport d'une Consultation informelle de l'OMS, (13 – 17 Novembre 2000)
15. Le Niger en chiffres. Ministère de l'Economie et des Finances. Institut National des Statistiques. Edition 2005
16. Les Epidémies de Paludisme. Comment les déceler, les combattre, les prévoir et les prévenir. WHO MAL/98.1084
17. Malaria Control Today (OMS/RBM 2005). Current WHO recommendations. Draft 2004
18. Manuel de Formation pour la Prise en Charge du Paludisme au niveau du District. Module 1. OMS. Bureau Régional de l'Afrique. Edition 2002
19. Mise à l'échelle nationale de la Prise en Charge à domicile du Paludisme. De la Recherche à la mise en œuvre. OMS 2005
20. Orientations stratégiques pour le développement sanitaire de la première décennie du 21^{ème} siècle 2002 – 2011 (Mai 2006)
21. Paludisme. Système de Pré – Alerte (Concepts, indicateurs et Partenaires OMS), 2002
22. Plan d'action National de Lutte contre la schistosomiase au Niger. 2003 – 2007.
23. Plans annuels PNLP, de 2001 à 2005
24. Plans Annuels Programme National de Lutte contre le Paludisme 2001 – 2005.

25. Plan de développement Sanitaire 2005-2009
26. Programme de Travail quinquennal, Août 2000
27. Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2009, Adopté le 18 Février 2005
28. Plan National de Développement Sanitaire 2004 – 2008. Novembre 2003.
29. Plan Stratégique National du Niger "Faire Reculer le Paludisme 2001 – 2005
30. Plan stratégique Mondial de lutte contre le Paludisme RBM 2005-2015.
31. Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme en République du Niger. Révision 2005.
32. Programme National de Lutte contre le Paludisme 1994-2000 (Mars 1994)
33. Projet de Renforcement Institutionnel et d'Appui au Secteur de la Santé (PRIASS) 07 Décembre 2005.
34. Projet de Plan d'action de l'année 2001 pour Faire Reculer le Paludisme, District Sanitaire de Gaya. Janvier 2001.
35. Projet de Plan d'action de l'année 2001 pour Faire Reculer le Paludisme, District Sanitaire d'Agadez. Janvier 2001.
36. Projet de Plan d'action de l'année 2001 pour Faire Reculer le Paludisme, District Sanitaire de Tessaoua. Janvier 2001.
37. Rapport d'enquête communautaire au niveau de 4 districts sélectionnés pour l'autoévaluation RBM. Février 2005
38. Rapport de mission de l'atelier sur les combinaisons thérapeutiques antipaludiques, (Cotonou du 25 au 28 Juin 2002).
39. Rapport d'analyse de la situation. District Sanitaire de Gaya ; Décembre 2000.
40. Rapport de la collecte des données de base pour le suivi – évaluation de FRP/RBM au Niger. Février 2003.
41. Rapport de l'atelier d'évaluation finale du Programme de Développement du Secteur de la Santé. Projet Santé II. Crédit IDA 2915 NIR, Janvier 2004.
42. Rapport d'enquête Evaluation des indicateurs du projet Malaria, Round 3 FMSTP Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement (CCISD). Avril 2006
43. Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGP/H 2001).
44. Requêtes du Niger pour le Paludisme soumises au FMSTP(rounds 3,4,5)
- Résultats Définitifs des Principaux Indicateurs Statistiques de la Population du Niger en 2001. Bureau Central du Recensement
45. Revue des dépenses publiques du secteur santé (exercice 2000)
46. Situation des enfants dans le Monde 2003, UNICEF
47. Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays. Niger 2004-2007
48. Stratégie de Réduction de la pauvreté (SRP) cinquième (5^e) Draft. Novembre 2001.
49. Synthèse des Résultats des Projections Démographiques Nationales 2005-2050. Ministère de l'Economie et des Finances. Bureau Central du Recensement

50. Sommet des Chefs d'Etats et de Gouvernements Africains Abuja (Nigeria) 25 avril 2000.

6. ANNEXES

- 6.1. Liste des participants au processus d'élaboration du Plan stratégique de lutte contre le Paludisme 2006 -2010.
- 6.2. Détails des interventions du Plan PNLP 2001-2005 financées par les partenaires.
- 6.3. Organigramme du PNLP
- 6.4. Organigramme du MSP/LCE
- 6.5. Données de populations

6.1. LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2006 -2010 :

N°	Nom et Prénom	Structure	Fonction
1	Mme Banoba Rahamatou	ANSP	Vice Présidente
2	Dr. Hachimou Fatima. A.	UNICEF	Administrateur Adjointe Programme Santé
3	Mr. Sadou Garékam	DEP	Planificateur
4	Dr. Salissou Adamou Batchiri	PNLP	Biologiste
5	Dr. Idrissa Sabiti	PNLP	Coordonnateur Adjoint
6	Dr. ABANI Maazou	CCISD	Conseiller Technique
7	Dr. José Nkuni	OMS	OMS/Genève
8	Dr. HABI Gado	OMS	OMS Niger
9	Dr. Abderrahmane Kharchi	OMS	ICP/MAL/Burkina Faso
10	Mme SOULEYMANE Fourératou	PCIME	PCIME
11	Dr. Fouta Boubakar	PNLP	Entomologiste
12	Dr. Aissa Hama Sambo	SNIS	Point Focal Palu Planificatrice Service de Santé
13	Dr. Ousseini Alhassane	JICA	JICA
14	Mr. Habou Kalla	HKI	HKI
15	Mr. Dobel Amadou	PNLP	Gestionnaire
16	Mme SALIFOU Aminata	PNLP	Communicatrice
17	Mr Matto Issoufou	Plan Niger	Plan Niger
18	Mr. Issa Amadou	PNLP	Epidémiologiste
19	Mme Maifada Rekia	DSR	DSR
20	Mr. Sanouna ISSIFI	PNLP	Epidémiologiste
21	Dr. Ibrahim OUSMANE	PNLP	Coordonnateur National
22	Melle Amina Issoufou	PNLP	Secrétaire

6.2. DETAILS DES INTERVENTIONS DU PLAN STRATEGIQUE PNLP 2001-2005 FINANCEES PAR LES PARTENAIRES

Partenaires Interventions	OMS	UNICEF	FMSTP	JICA	FAD	BM	Coop. Chine	Coop. France	Rotary Inter.
1. Administration et Gestion du PNL									
Appui technique (Expertise)	+								
Formations spécialisées du personnel PNL	+				+				
Construction de locaux			+						
Equipements bureaux	+	+	+						
Logistique (Véhicules)	+	+	+	+					
Groupes électrogènes				+					
Matériels informatiques	+	+	+						
Photocopieurs		+		+					
Fonctionnement PNL	+		+						
Participation réunions internationales	+								
2. Prise en charge des cas de Paludisme									
CTAs	+	+	+						
Autres antipaludiques	+	+	+						
Equipements labo (microscopes)			+	+					
Formations PEC	+	+	+						
Formations Laboratoire	+	+							
Trousses communautaires			+						
3. Prévention du Paludisme pendant la grossesse									
Sufadoxine-Piriméthamine	+	+	+						
MILD	+		+	+					
Formations sur le TPI		+							

4. Lutte antivectorielle									
MNI	+	+		+		+	+		+
Formations Imprégnateurs	+	+	+						
Matériel d'imprégnation		+	+	+					
Matériel de Pulvérisation			+	+					
Insecticides	+	+	+	+		+			
Kits de destruction des gîtes larvaires			+						
Equipements du laboratoire d'entomologie du PNLP	+		+						
5. Lutte contre les épidémies de Paludisme									
6. Mobilisation sociale									
Commémoration JAP	+	+	+		+				
Campagnes/Caravanes nationales de mobilisation	+	+	+		+				
Appui aux activités de mobilisation des ONG									
7. Recherche opérationnelle									
Recherche opérationnelle	+		+					+	
Thèses et Mémoires			+						
8. Suivi /Evaluation									
Supervisions par le niveau central	+		+						
Supervisions par le niveau périphérique	+		+						
Enquête de chimiosensibilité	+		+						
Tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides	+		+						
Evaluation des interventions de lutte antipaludique	+		+						

6.3. ORGANIGRAMME DU PNLP

6.4. ORGANIGRAMME MSP/LCE

6.5. DONNEES DE POPULATIONS

TABLEAU N°1: Projections démographiques

Effectifs / Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Population	12 155 458	12 524 234	12 904 745	13 297 378	13 702 538	14 154 722
Pop <1 an	571 307	588 639	606 523	624 977	644 019	679427
Pop 0-5ans	2 516 180	2 592 517	2 671 282	2 752 557	2 836 425	3963322
Pop 5-14 ans	3 281 974	3 381 543	3 484 281	3 590 292	3 699 685	3920858
Pop >14 ans	6 357 304	6 550 175	6 749 182	6 954 529	7 166 427	7218908
Femmes en âge de procréer	2 674 201	2 755 332	2 839 044	2 925 423	3 014 558	3114039
Naissances attendues	632 084	651 260	671 047	691 464	712 532	736 046

Source : adapté d'après RGP01 et données MCRS 2000.

TABLEAU N° 2 Population par tranches d'âge, femmes en âge de procréer et Naissances attendues (%)

	<1an	1 à 4 ans	5 à 14 ans	>15 ans	Femmes en âge de procréer	Naissances attendues
SNIS	4,7	16	27,7	51	22	5,2
DHS 98	4,8	16,3	28	50,9		

Source : Adapté d'après données du SNIS et DHS 98

TABLEAU N° 3: Population Femmes enceintes ciblée par le TPI

Population /	Année	2006	2007	2008	2009	2010
Population annuelle des Naissances attendues		651260	671047	691464	712532	736046
Population des Femmes enceintes ciblées		260504	335524	414878	498772	588837
Taux de couverture TPI (%)		40	50	60	70	80

Source : adapté d'après RGP01 et données MCRS 2000.